



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Humanização dos cuidados em Pediatria:  
Atuação do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Gertrudes Susana Coelho Silva**

**Orientador: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica***

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2019**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Humanização dos cuidados em Pediatria:  
Atuação do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Gertrudes Susana Coelho Silva**

**Orientador: Professora Coordenadora Maria Gabriela Calado**

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica***

**Relatório de Estágio**

**Setúbal, 2019**

“Seja a mudança que você quer ver no mundo.”

Dalai Lama (s.d.)

## AGRADECIMENTOS

Ninguém disse que seria fácil, mas adicionando dedicação e amor às nossas ações diárias, tudo se torna possível.

Devo um especial obrigada à Professora Coordenadora Gabriela Calado pelo seu apoio incondicional e orientação, neste percurso académica, que me fez crescer em todas as vertentes do meu ser.

Eternamente grata aos meus pais e irmãs, por serem os meus alicerces e exemplos de vida a seguir.

Ao João e Sofia, pela ajuda e encorajamento, em me manter firme nesta jornada.

À Marta, Catarina, Patrícia e Paulo, um especial agradecimento por tudo.

Às minhas companheiras de jornada, Sónia e Filipa, por todos os momentos bons e menos bons, que tivemos a oportunidade de partilhar.

Por último, mas igualmente importante, devo um especial agradecimento, do fundo do meu coração, a todos os meus amigos que no decorrer desta jornada académica, se viram privados da minha presença, mas que ainda assim, não deixaram de me apoiar e motivar a seguir em frente.

## RESUMO

**Título:** Humanização dos cuidados em Pediatria: Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Os enfermeiros são uma classe profissional essencial, nos cuidados de saúde. Responsáveis pelo ato de cuidar, compete-lhes acompanhar a criança/jovem e família durante todo o processo de saúde/doença, prestando-lhes cuidados humanizados, ancorados no respeito pela individualidade da díade criança/jovem e família, indo ao encontro das suas necessidades em saúde

Integrado na linha de investigação “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, o projeto tem como objetivo contribuir, através da capacitação da equipa de enfermagem, para a melhoria da prestação de cuidados humanizados à criança/jovem e família, em situação de especial complexidade, com recurso à Metodologia de Projeto, tendo sido implementado durante o Estágio Final.

Apresenta-se ainda, neste relatório, uma análise reflexiva sobre o percurso realizado, aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A realização deste projeto, permitiu-nos concluir que, os cuidados humanizados são uma estratégia facilitadora, para aceitação do processo de doença e adesão ao regime terapêutico, promovendo uma efetiva relação terapêutica entre enfermeiro-criança/jovem-família.

**Palavras-chave:** Humanização dos Cuidados de Saúde; Criança/jovem e família; Parceria de cuidados; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## ABSTRACT

**Title:** Humanization of care in Pediatrics; Performance of the nurse specialized in Pediatric and Infant Care Health Nursing.

Nurses are an essential professional class in health care. They're responsible for the act of caring, incumbent on them to accompany child/youngster and their families throughout health/disease process, providing humanized care, anchored in the respect for individuality of the child/youngster and families included, meeting their health needs.

Integrated on the research line of “necessities in nursing care in specific populations”, this project has as its purpose to contribute, through the capacitation of the nursing team, for the improvement of humanized care towards the child/youngster and family, in a situation of special complexity with the support of the Project Methodology, having been implemented during the Final Internship.

It is also presented in this report a reflective analysis regarding the trajectory accomplished, acquisition and development of capabilities of Master and Nurse Specialist in Pediatric and Infant Care Health nursing.

The creation of this project, as allowed us to conclude that humanized care is a facilitating strategy for accepting the disease process and adhering of therapeutic regimen, promoting an effective therapeutic relationship between nurse-child/young-family.

**Key-Words:** Humanization of Health Care; Child/Young and Family; Care Partnership; Nurse Specialist in Pediatric and Infant Care Health nursing

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Análise SWOT.....	46
<b>Quadro 2</b> - Atividades e estratégias planeadas na UCIN.....	50
<b>Quadro 3</b> - Atividades e estratégias planeadas na UCC.....	51
<b>Quadro 4</b> - Atividades e estratégias planeadas na UCIP.....	52

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Estabelece relação de empatia com a criança/jovem e família.....	54
<b>Figura 2</b> - Reforça a parentalidade.....	55
<b>Figura 3</b> - Monitoriza a dor da criança/jovem.....	56
<b>Figura 4</b> - Prepara a criança/jovem e família para a intervenção de enfermagem proposta.....	57



## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>Apêndice 1</b> - Plano da Sessão de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico”.....	XCV
<b>Apêndice 2</b> - Sessão de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico”.....	XCIX
<b>Apêndice 3</b> - Plano da Sessão “Humanização dos Cuidados à Criança/Jovem e Família” .....	CXIII
<b>Apêndice 4</b> - Sessão de formação “Humanização dos Cuidados à Criança/Jovem e Família”.....	CXVII
<b>Apêndice 5</b> - Resumo da Revisão Integrativa da Literatura.....	CXXVIII
<b>Apêndice 6</b> - Grelha de Observação “Humanização dos Cuidados”.....	CXXXI
<b>Apêndice 7</b> - Cronograma de Estágios.....	CXXXIV

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACeS** - Agrupamento de Centros de Saúde

**CCF** - Cuidados Centrados na Família

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**DR** – Diário da República

**EC** – Estudo de Caso

**ECCI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ECTS** - European Credit Transfer System

**EE** – Enfermeira Especialista

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEESIP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**EESIP** - Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**EPI** - Intervenção Precoce na Infância

**EPVA** - Equipa de Prevenção da Violência no Adulto

**ESIP** – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**GASMI** - Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil

**IAC** – Instituto de apoio à criança

**IPI** – Intervenção Precoce na Infância

**ISQUA** - International Society for Quality Assurance

**ISQUA** - International Society for Quality Assurance

**min.** - Minutos

**NACJR** - Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

**NIDCAP®** - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**p.** – Página

**PI** – Projeto de intervenção

**RN** – Recém nascido

**SAN** - Síndrome de abstinência neonatal

**SBVP** – Suporte Básico de Vida Pediátrico

**SIP** – Saúde Infantil e Pediátrica

**SMINP** - Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

**SNIPi** - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPN** - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

**SPP** - Sociedade Portuguesa de Pediatria

**SWOT** - Strenghts, Weaknesses, Opportunities e Threats

**TIHNP** – Transporte Inter-Hospitalar Neonatal e Pediátrico

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**UCIP** – Unidade de cuidados intensivos de pediatria

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UCSP** - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

**VMI** - Ventilação Mecânica Invasiva

**VNI** - Ventilação não Invasiva

## ÍNDICE GERAL

<b>0. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....</b>	<b>19</b>
1.1.1. Humanização dos Cuidados à criança/jovem e família .....	22
<b>1.2. HUMANIZAR EM PEDIATRIA – MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA E PARCERIA DE CUIDADOS .....</b>	<b>27</b>
<b>2. PERCURSO FORMATIVO .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>30</b>
2.1.1. Internamento de Oncologia Pediátrico .....	31
2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....	33
2.1.3. Unidade de Cuidados na Comunidade .....	34
2.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	37
<b>2.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>38</b>
<b>3. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA/ÁREA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>43</b>
<b>3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>3.3. PLANEAMENTO DO PROJETO .....</b>	<b>48</b>
<b>3.4. EXECUÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>58</b>
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>4.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIROS ESPECIALISTA .....</b>	<b>61</b>
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	62

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	64
4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	66
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	67
4.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	68
4.3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84

## **0. INTRODUÇÃO**

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, organizado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, nomeadamente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

A elaboração do atual documento tem como finalidade descrever e analisar, de forma reflexiva, as aprendizagens e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e de Mestre, adquiridas e desenvolvidas, no decurso dos contextos clínicos, Estágio I e Estágio Final, dando resposta aos objetivos preconizados, sendo estes, demonstrar a capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica; descrever o desenho, implementação e respetiva avaliação de um projeto de intervenção e apresentar um relatório para discussão pública e possível tradução em concessão de grau de mestre.

O presente Relatório, integra em simultâneo o projeto de Intervenção “ Humanização em Pediatria: Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria” desenvolvido no decurso dos estágios, o qual teve como objetivo contribuir , através da capacitação da equipa de enfermagem, para a melhoria da prestação de cuidados humanizados à criança/jovem e família, em situação de especial complexidade. Com o qual procuramos dar resposta a um problema real, por nós observado nos diferentes contextos de prática clínica e sentido como uma necessidade pelas equipas de enfermagem, cuja problemática se centra na importância do cuidado humanizado em pediatria.

O termo humanização está intrinsecamente relacionado com a capacidade de comunicação, respeito à vida humana, ética nos relacionamentos e bom convívio social, traduzindo-se num conceito que orienta boas práticas (Medeiros & Batista, 2016). Caracteriza-

se por um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferece resistência, uma vez que envolve mudanças de comportamentos. Reporta-nos para um cuidar holístico, no respeito pela individualidade humana da criança/jovem e família, englobando a comunicação efetiva entre enfermeiro – criança – família, o estar presente e saber ouvir, o trabalho em equipa e a parceria de cuidados, atuando em sincronia no sentido de colmatar as necessidades singulares desse binómio em detrimento dos cuidados tecnicistas.

O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 89º salienta o comprometimento do enfermeiro na humanização dos cuidados, no sentido de dar “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e de contribuir para a formação de um ambiente favorecedor do desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, 2009, p.6549).

Em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o cuidar, reporta-nos para um desafiante domínio, que é compreender e correlacionar as condições físicas com as emoções e sentimentos evidenciados pela criança/jovem e família, sendo por isso inevitável falar de emoções. É imprescindível apreender e compreender as emoções e os sentimentos de quem presta cuidados, assim como de quem os recebe, pois, ambos são uma imensa fonte de saberes (Collière, 2003). Segundo Diogo (2015), o cuidar e a dimensão emocional da enfermagem são consideradas, atualmente, conceções intrinsecamente relacionadas.

Os processos de saúde-doença vividos por crianças e jovens e suas famílias estão, frequentemente, associados a uma emocionalidade intensa e, concomitantemente, implicam um grande desafio emocional para os enfermeiros nos seus cuidados, exigindo um trabalho emocional de tripla centralidade: no cliente, no enfermeiro e na relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2015, p. 1).

Na prática clínica, os enfermeiros são agentes facilitadores na gestão dos cuidados humanizados à criança/jovem e família, pois auxiliam no processo perturbador de saúde-doença. Esta colaboração é extremamente importante, uma vez que as experiências negativas influenciam negativamente o conforto e bem-estar da criança e do jovem, assim como o tratamento e recuperação. As intervenções adotadas pelos enfermeiros no âmbito da humanização dos cuidados, ao serem específicas e apropriadas às situações concretas, conduzem-nos a resultados terapêuticos consideráveis, uma vez que permitem transformar os



fenómenos emocionais perturbadores em estados restaurativos e adaptativos, contribuindo para o bem-estar e melhor adaptação da criança/jovem e família à situação.

O envolvimento das famílias nas decisões, respeitando as suas necessidades, preferências e valores constitui recentemente um importante indicador de qualidade (Joint Commission International [JCI], 2017). O que nos reporta a Anne Casey considerada uma visionária nos cuidados prestados à criança, desenvolveu o modelo de cuidados denominado de Modelo de Parceria de Cuidados, que visa fomentar uma parceria entre enfermeiro e prestador de cuidados, promovendo a integração destes últimos, nos cuidados à criança e jovem. Neste âmbito, o profissional de saúde deverá desenvolver um olhar mais abrangente nos cuidados prestados, envolvendo a família como objeto do cuidar. Este processo, tem como alicerce, as relações e intervenções que se estabelecem com esta unidade familiar, que vai muito além do atendimento clínico e mecanizado (Casey, 1993).

Baseado nas características diferenciadoras e específicas do grupo etário pediátrico, com o intuito de garantir cuidados de enfermagem adequados às populações específicas, consideramos prioritário refletir sobre os domínios e indicadores da prestação de cuidados nos serviços de atendimento pediátrico.

Face ao exposto, e por considerarmos a temática indissociável de uma adequada prestação de cuidados, o projeto de intervenção, centrou-se, na humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, integrado na linha de investigação de “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, recorrendo à metodologia de trabalho de projeto para a sua realização. Esta metodologia, segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), está centrada, essencialmente, na resolução de problemas, permitindo através deste processo adquirir competências e capacidades perante um contexto real. A Metodologia de Projeto é um processo de transformação que ligada à investigação viabiliza a possibilidade de mudança.

O tema em análise, como anteriormente referido, insere-se no contexto de um problema identificado a nível institucional, o qual apresenta sérias repercussões na qualidade dos cuidados de saúde à população pediátrica. Neste sentido e motivados pela problemática em

questão, procuramos, através da Metodologia de Projeto, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados humanizados à criança/jovem/família.

Assim, definimos como **objetivo geral** do trabalho de investigação:

- Contribuir, através da capacitação da equipa de enfermagem, para a melhoria da prestação de cuidados humanizados à criança/jovem e família, em situação de especial complexidade.

E como **objetivos específicos**, definimos:

1. Realizar sessões de formação à equipa de enfermagem, sobre a humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, fundamentada na evidência científica;
2. Realizar reuniões com a equipa de enfermagem, para discussão dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados e confrontar os mesmos, com a evidência científica.

A definição destes objetivos prende-se com uma prática de cuidados de qualidade, regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros (2018), no sentido de promover o mais elevado estado de saúde possível da criança/jovem, em qualquer contexto onde se encontre e sempre em parceria com a família/pessoa significativa.

O presente Relatório de Estágio, constitui-se em 6 partes, designadamente, a introdução, onde os objetivos são definidos e a problemática é enquadrada; o enquadramento concetual onde se fundamenta teoricamente, através de pesquisa bibliográfica e evidência produzida, os conceitos âncora da problemática trabalhada, assim como, o modelo teórico que sustentou e orientou o pensamento crítico e reflexivo; o percurso formativo onde foi incluída uma breve caracterização dos campos de estágio e as atividades desenvolvidas, nos mesmos; o projeto de intervenção, com o desenvolvimento das respetivas etapas; a análise reflexiva relativamente à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, de especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e de Mestre; e por fim, apresentam-se as considerações finais, onde os objetivos são analisados e são traçados caminhos futuros.

A produção textual deste documento está escrito em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e de acordo com as normas de referência da American Psychological Association.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A globalidade de um percurso académico encontra-se intrinsecamente dependente de linhas orientadoras e de bases teóricas. Por este motivo, foi realizada uma preparação conceptual prévia, através da qual serão explanados os conceitos considerados pertinentes para o desenvolvimento de um quadro de conhecimentos teóricos associados ao tema em estudo. Segundo Fortin (2009), na conceptualização “Os escritos teóricos e empíricos são revistos de forma sistemática, com vista a situar a investigação em curso no contexto dos conhecimentos atuais” (p. 30).

### **1.1. HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A humanização, traduz-se no ato ou efeito de tornar humano e dar condição humana, traduzindo-se no ato de ser bondoso, humanitário e sociável (Ferreira, 2009). Inerente ao conceito de humanidade, Jacquard (1988), defende que este conceito assenta numa perspetiva evolucionista do desenvolvimento humano e sublinha, que todo o homem a partir de determinado momento, do seu desenvolvimento, inicia a criação de redes coletivas as quais completam as suas redes interiores. A humanidade permite ao ser humano ir de encontro ao essencial, ou seja, ao seu próprio desenvolvimento, apelando à interação, transcendência e espiritualidade, potenciando assim o desenvolvimento do próprio homem (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2013). No seguimento da mesma linha de raciocínio, Hesbeen (2006) salienta, que é intrínseco ao homem demonstrar preocupação com a humanidade e a sua sobrevivência, estando esta preocupação patente na atenção que cada homem dá a si próprio e ao outro, num ato de cuidar, associado à situação vivida.

Bermejo (2008) defende que, humanizar é ser coerente com os seus valores e solidário para com os outros e como força motora da humanização dos cuidados, encontra-se a

preocupação pela dignidade humana. Esta articulação compreende a preocupação por aspetos da corporeidade humana e o cuidado que envolve o afeto e a sensibilidade, ou seja, compaixão pelo outro.

A necessidade de interação pessoal, das emoções e essencialmente as respostas face às exigências mútuas são estimuladas pelo corpo, através do qual são oferecidos e recebidos atos simples como a palavra, o olhar, o toque, o sorriso, o vestíário e a verticalidade. Estes simples atos estimulam os sentidos, a emoção e a racionalidade, colocando a pessoa numa rede de relações significativas, que a levam a transcender-se e a adotar uma dignidade experiencial humana fundamental.

Esta particularidade do ser humano ser em relação ao outro, projeta no homem inúmeras possibilidades de sentir os estímulos da humanização, pelos quais somos impulsionados a interagir e a cuidar. Este permanente estímulo é oferecido e recebido pelo corpo da pessoa, através dos sentidos, dando lugar às sensações e por conseguinte, estimulação emocional e racional. O resultado deste construto diário, reflete o desenvolvimento e crescimento da pessoa como ser único e irrepetível (Jacquard, 1988). Conforme mencionado por Simões, Rodrigues & Salgueiro (2013),

Os atos concretos da pessoa presente na relação interpessoal, que demonstram uma preocupação com a realização do outro, são um cuidado essencial na construção do humano; pois, quando a pessoa em relação está centrada no bem, que personaliza e realiza, está a potenciar a personalização e realização do outro e consecutivamente a sua própria (p. 35).

Na primeira metade do século XXI a Humanização dos cuidados começou a ser alvo de grande interesse no âmbito da saúde, especialmente na área da enfermagem, por assumir destaque no cuidar. Ultrapassamos os tradicionais cuidados de enfermagem que davam enfoque à técnica, com objetivos exclusivamente terapêuticos e a passamos a visualizar o doente de uma forma holística assistindo-o também na sua subjetividade englobando aspetos éticos e emocionais. Humanizar em saúde, pressupõe o respeito pela unicidade de cada criança/jovem e família, levando à personalização dos cuidados (Waldow & Borges, 2011).

A evolução deste conceito permitiu ultrapassar o paradigma do individualismo para o paradigma relacional, onde as interações interpessoais, os afetos e as emoções assumem um

papel de relevo no cuidar de si e do outro. Permitindo-nos centrar na procura da autonomia da pessoa, enquanto promovemos a beneficência e não maleficência, em justa medida (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2013).

Contudo, Oliveira, Brüggemann e Zampieri (2001) defendem, que pensar em qualificar os cuidados é excessivo e supérfluo, uma vez que não se deve admitir que o ser humano seja tratado de outra forma a não ser a que respeita a sua natureza.

Sendo um conceito amplamente alargado, a humanização deve estar presente em todos os momentos da vida e pressupõe, prestar cuidados de qualidade, numa conjugação do domínio tecnológico (processo, comunicação e equipamentos) com a esfera subjetiva (relacionamento interpessoal). No domínio do cuidar, requer uma atenção integral, promovendo o desenvolvimento da criança/jovem e família, capacitando-os a superar os efeitos nocivos da doença (Gondim, Souza & Albuquerque, 2014).

Uma das primeiras medidas a favorecer a humanização dos cuidados é o espaço físico, pois este tem influência direta no bem-estar do utente e família, e da equipa de enfermagem (Deslandes, 2004). Paralelamente a este, a comunicação é também um indicador que visa amenizar a angústia dos utentes e dos seus familiares, devendo ser empregue de um forma objetiva, simples e no momento oportuno (Matsuda, Victor, Évora & Neto, 2002).

Desenvolver uma relação de empatia entre a tríade, enfermeiro, criança/jovem e família, assume extrema importância na prestação de cuidados humanizados, criando-se por intermédio desta, uma relação de confiança. Estes laços permite-nos identificar com rigor as necessidades sentidas, a nível emocional e tecnicista, e atuar no sentido de as suprir ou minimizar.

O acolhimento é um momento de excelência que nos permite estar presente para a criança/jovem e família, numa oportunidade de os conhecermos e de nos darmos a conhecer, priorizando o ato de estar presente e demonstrando preocupação, ao mesmo tempo que avaliamos as necessidades físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais (Johnson & Temple, 2010).

Para Vila (2002), humanizar os cuidados de saúde requer o envolvimento de ambas as partes, criança/jovem e família e dos profissionais de saúde, envolvidos no processo de saúde-doença, sendo através do diálogo, da atitude assertiva, comunicação efetiva e o fornecer informação adequada no momento oportuno, que se alcança o apogeu desse envolvimento.

A linguagem, a comunicação, os afetos e o respeito pelos princípios éticos, transversais à espécie humana, permitem-nos abraçar Humanização, sendo notório, que esta depende em larga medida da capacidade de ouvir e falar, conforme cita Oliveira, Collet e Vieira (2006). No cerne, reside

(...) as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco (p.281).

Essencialmente, cuidados humanizados direciona-nos para um atendimento personalizado, humanista e holístico, permitindo-nos prestar cuidados de qualidade, que vão de encontro às necessidades do doente, assente no respeito pela individualidade humana.

### **1.1.1. Humanização dos Cuidados à criança/jovem e família**

O século XX marca em definitivo, a grande mudança, relativamente aos direitos da criança, sendo o reflexo da Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. A qual, veio enunciar os direitos civis e políticos, assim como económicos, sociais e culturais de todas as crianças, tendo definido criança como todo o ser humano dos 0 aos 18 anos (Jorge, Fonseca, Santos & Levy, 2004).

Todas as mudanças ocorridas na sociedade orienta-nos para o respeito pela criança como ser único e distinto, satisfazendo todas as suas necessidades biológicas, psicológicas e afetivas,

sem esquecer, que este ser se encontra inserido num meio social, familiar e cultural que não pode ser desconsiderado, mas sim respeitado. É amplamente reconhecido que as crianças são seres com necessidades específicas, diferenças emocionais, biológicas, sociais e culturais que exigem abordagens de cuidados diferenciados. Porém, ainda hoje, se torna importante relembrar, as características e necessidades, específicas das crianças, assim como os direitos da criança. Importa proferir, que hoje, a criança no hospital está no centro das preocupações, o que significa que é sempre o sujeito e não o objeto dos cuidados. O cumprimento dos princípios enunciados na Carta da Criança Hospitalizada, juntamente com a excelência do desempenho técnico e científico garante a excelência da estadia da criança no hospital (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

Vasco, Levy e Cepeda (2009) salientam, que o alcance da Carta da Criança Hospitalizada, deve ser bem conhecido por todos os profissionais interessados em promover o bem-estar das crianças e jovens, tornando a sua utilização imprescindível perante qualquer criança hospitalizada, ajudando-a bem como à sua família, a suportar a dor da doença e a separação do seu ambiente natural.

A humanização dos serviços de atendimento à criança é atualmente uma área prioritária de intervenção para o IAC, a qual considera emergente agir sobre esta problemática. “As razões dessa prioridade prendem-se com estudos que puseram em evidência, a partir da década de 40, a importância da carência afetiva na criança, nos primeiros anos de vida, quando separada da sua mãe.” (Jorge, Fonseca, Santos & Levy, 2004, p. 1).

Atualmente em vigor o Decreto-Lei n.º 37/2002 de 26 de fevereiro com o programa Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde, objetiva:

(...) contribuir para a maior humanização dos cuidados prestados aos cidadãos pelos serviços públicos de saúde e promover o relançamento da qualidade de atendimento no SNS. Trata-se de um programa pluridisciplinar que pretende intervir nos serviços prestadores de cuidados de saúde em ordem a criar condições de acolhimento, estada, encaminhamento e atendimento que melhor respondam aos direitos e às legítimas expectativas dos cidadãos (p. 1620).

Por sua vez a Lei n.º 15/2014 de 21 de março, vem consolidar a legislação anterior, relativamente à matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e salienta “... o



direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde...” reforçando ainda que “A criança com idade até aos 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua” (p. 2129)

Assim, com vista à humanização dos cuidados e, naturalmente, o respeito pelos direitos das crianças/jovens, Tavares (2011) refere, que cuidar convenientemente da criança/jovem e família, em situação de doença, fazendo-as sentirem-se acolhidas e importantes na sua singularidade, é um dos cuidados atraumáticos que o enfermeiro poderá prestar, com vista ao bem-estar da criança/jovem e família. Neste sentido, emerge a necessidade de entendermos o processo de cuidar em enfermagem pediátrica, o que nos reporta para o cuidado humano e de enfermagem, resgatando os seus princípios relevantes, essencialmente aqueles, que envolvem a área pediátrica.

Em particular, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) deverá realizar atividades com o objetivo de reduzir o efeito negativo dos fatores de stress, relacionados com o contacto, com as instituições de saúde. Em complementaridade, as competências comuns e específicas do EEESIP, definem que este, deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo, promover a implementação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para prevenir danos aos utentes e profissionais, utilização adequada de técnicas de comunicação com criança/jovem e família, apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, fazendo uso de estratégias motivadores da criança/jovem e família na sua participação no processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Hesbeen (2000), alude ao cuidar como uma atenção especial que se faculta a outra pessoa, num determinado momento da sua vida, com o intuito de contribuir para a sua saúde e bem-estar. Em verdade, o cuidar está intrínseco às necessidades básicas de sobrevivência da vida humana: o cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado. “Cuidar, é AJUDAR A VIVER” (Collière, 1999 p.227).

Neste sentido, compreende-se que cuidar a criança/jovem doente, requer do enfermeiro competências que almejem aos cuidados de excelência, com sentimento, emoção e brincadeira,

como se de um artista se tratasse (Tavares, 2011), salientando, que o artista não é somente aquele que pinta, que compõe, que sobe aos palcos. Este pode também, ser caracterizado pela capacidade de, ao trabalhar, criar e realizar ações que evoquem o seu sentimento e o dos outros, munido da sensibilidade necessária para escolher o momento e instrumento adequados para satisfazer as necessidades dos outros, isto é, daqueles que cuidamos.

Trabalhar em pediatria requer uma motivação pessoal e características de personalidade específicas, que permitam ao enfermeiro cuidar da criança e família, aliando o “profissional adulto” ao “amigo criança”, de forma a conquistar a confiança destes, como enfermeiro e como pessoa. Neste sentido, Tavares (2011) expressa a importância de se trabalhar num serviço que vá de encontro aos ideais em que se acredita, de modo a promover naturalmente, um estímulo e empenho muito fortes por parte de quem cuida. Assim sendo, é essencial que o enfermeiro que trabalha em pediatria detenha determinadas características que o possibilitem alcançar os objetivos do cuidado à criança, nomeadamente: gostar de crianças, ter a capacidade de estabelecer uma relação com a criança, uma personalidade estável e conhecimentos de pediatria (Whaley & Wong, 1999).

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (Kelly et al, 2007 citado por OE, 2010, p.1).

Surge assim, com vista a um cuidar humanizado, um pouco por todo o mundo, mas essencialmente na América e na Europa, um entendimento da problemática, o que desencadeou esforços que levaram à modificação das condições de internamento da criança, objetivando torná-las mais adaptadas às necessidades e exigências das mesmas (Jorge, Fonseca, Santos & Levy, 2004).

Efetivamente, Portugal não ficou indiferente a este movimento e em 1979, Ano Internacional da Criança, foi discutido a problemática da humanização dos cuidados nos serviços de Pediatria, no decorrer da reunião sobre os Direitos da Criança. Da qual emergiu a publicação de diversas leis que têm o intuito de proteger a criança/jovem doente e a família, essencialmente durante o internamento (Jorge, Fonseca, Santos & Levy, 2004).

Atualmente em vigor a Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 setembro, visa identificar situações promotoras de perigo, abrangendo a violação dos direitos fundamentais, onde se incluem entre outros, as situações que se traduzem pelo desrespeito de um conjunto de direitos, de que é exemplo a falta de afeição.

O reconhecimento deste direito da criança advém do aprofundar de conhecimentos científicos, adquiridos a partir de evidência científica comprovada por especialistas da infância, nomeadamente na área da Medicina, Psicologia e Ciências Sociais, os quais atestam que o respeito por esse direito é indispensável para a saúde mental da criança e para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade (Task Force, 2010).

Segundo o Bowlby (1988), a criança desenvolve, através das interações com as pessoas que lhe prestam cuidados, modelos internos de vinculação, materializado por um conjunto de conhecimentos e expectativas em relação ao modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e proteção. Carneiro (2005), vem reforçar o referido anteriormente, na medida em que, o melhor ingrediente para um desenvolvimento humano adequado reside no afeto e nas relações seguras que se estabelecem.

Face ao exposto, o EEESIP é responsável por prestar cuidados adequados e em tempo útil à criança/jovem, mobilizando recursos adequados e prestando cuidados de particular exigência e complexidade, com recurso a um largo espetro de terapias e abordagens, sem nunca esquecer o cuidado à família (OE, 2010).

Importa, ainda acrescentar às considerações anteriores, que o acolhimento da criança e família, é uma prioridade fulcral no caminho para um cuidado humanizado, assim como as próprias relações que os profissionais estabelecem com aqueles que cuidam, pois é na base dessa mesma relação que o processo de melhoria da qualidade em saúde e bem-estar da criança/jovem e família, se encontra. São, portanto, as relações de afeto que garantem a segurança e os vínculos que medeiam a organização da criança/jovem com busca ao seu melhor e mais alto nível de bem-estar.

## **1.2. HUMANIZAR EM PEDIATRIA – MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA E PARCERIA DE CUIDADOS**

Prestar cuidados à pessoa, ao longo do seu ciclo vital, impõe competências gerais adaptadas ao seu estadio de desenvolvimento, pelo que, a criança não deve ser considerada um adulto em miniatura, mas sim um ser humano, com direitos e de grande vulnerabilidade.

Em Saúde Infantil e Pediátrica (SIP), a díade criança/jovem e família constitui uma lógica de cuidar, atendendo não só à singularidade da mesma, mas também às múltiplas dimensões do Cuidar Humano (Watson, 2002, 2005). A família impõe-se como referência fundamental numa ideologia de prestação de cuidados que se pretende mais humanizada, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade.

É em 1988 que surge a primeira publicação do Modelo de Anne Casey (1995), face ao reconhecimento dos cuidados centrados na doença e no seu tratamento, nasceu a filosofia dos Cuidado Centrados na Família (CCF), que veio reconhecer o dever de se respeitar e promover a força e competência da família junto da criança/jovem. Pois, preconiza que os pais/pessoa significativa sejam integrados no processo de cuidar, no qual a equipa de enfermagem promove o apoio e os ensinamentos necessários aos pais, para que possam ser um agente ativo no ato de cuidar e sejam capazes de tomar decisões conscientes e informadas, relativamente ao processo de cuidar direcionado à criança. Este modelo permite o crescimento harmonioso a nível físico, emocional e social da família.

Cada família é singular e tem as suas experiências e expectativas em relação ao processo de saúde-doença, as quais devem ser considerados quando falamos em CCF. Este modelo considera a família uma constante na vida da criança/jovem uma vez que são eles os principais interessados e defensores dos filhos, sendo essencial estabelecer relações de parceria no cuidar em pediatria. A American Academy of Pediatrics (2003), citada por Hockenberry & Barrera (2014, p.1026), define o CCF como “uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, família, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde”. Esta realça ainda, a

importância da união entre profissionais de saúde e família para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Como conceitos centrais destacam-se a dignidade e respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2012). Hockenberry e Wilson (2014) reforçam também, o empowerment da família, sendo os enfermeiros os pilares neste processo de capacitação. Uma vez que estes, devem proporcionar momentos de aprendizagem à família, com o intuito de a capacitar a cuidar da sua criança/jovem, promovendo assim o desenvolvimentos de competências já existentes e o desenvolvimentos de novas. A promoção do empowerment reconhece, à pessoa, o direito à autonomia, como responsável pelo seu projeto de vida e de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). Em concreto na pediatria, proporciona às famílias o controlo sobre as mudanças positivas que podem advir da sua participação nos cuidados, em parceria com a equipa de saúde, dando importância às suas especificidades e preferências.

Os CCF, proporciona uma diminuição da tensão e stress emocional e consequentemente minimiza os efeitos negativos da hospitalização. Em contrapartida, maximiza os resultados favoráveis face ao tratamento e procedimentos instituídos, otimizando o conforto e apoio à criança/jovem e família, garantindo um planeamento e preparação para a alta mais eficaz (Hockenberry & Wilson, 2014).

Deste modo, os pais/pessoa significativa tornam-se parceiros no cuidar, o que diminui as dificuldades de adaptação da criança/jovem ao processo de saúde/doença e permite manter o vínculo afetivo. Para a real efetivação da parceria de cuidados e capacitação dos pais, os profissionais de saúde devem desenvolver competências relacionais, de comunicação, ensino e colaboração com a criança e família, de forma a promover o crescimento saudável de ambos.

## 2. PERCURSO FORMATIVO

No âmbito do Curso de Mestrado em Associação, pretende-se a elaboração do Relatório de Estágio de natureza profissional, para discussão pública e aprovação. Neste sentido foi solicitada a realização de um Projeto de Intervenção (PI) norteado por uma área de interesse específica ajustada a uma linha de investigação, de forma a dar resposta às competências de Mestre e de EEESIP.

Como linha de investigação integramos as “necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas” e o tema desenvolvido foi a humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, problemática esta, que nos motivou à construção do enquadramento concetual que serviu de orientação ao processo de aprendizagem. Importa referir que este fio condutor não se cingiu, exclusivamente, à aquisição de competências de EEESIP, tendo sido trabalhadas todas as competências, em todos os contextos de estágio, onde a criança/jovem e família estavam presentes, de modo a responder globalmente às necessidades da população pediátrica e desta forma, dar continuidade à aprendizagem no decurso do período curricular de mestrado.

Torna-se então crucial desenvolver uma análise reflexiva sobre a prática clínica, evidenciando o desenvolvimento das competências em estágio e analisando a implementação do PI em serviço, realizado neste percurso formativo.

Ao longo da componente teórica do curso foram adquiridos conhecimentos, aptidões e competências que foram sendo desenvolvidas *in loco*, nos quatro contextos de estágio, num cenário real de cuidados. O Estágio I foi direcionado na perspetiva de desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida e desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade (OE, 2018). Por sua vez, no Estágio Final, as intervenções deram lugar, essencialmente, ao desenvolvimento de: competências do cuidar a criança/jovem e família em

situações de especial complexidade; desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visam a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, na perspetiva de prestar cuidados especializados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, assim como a maximização da sua saúde (OE, 2018). Foi igualmente possível, desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, sustentado pela prática baseada na evidência e nos referenciais éticos e deontológicos; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos, bem como, para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica e ainda, contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (OE, 2015).

### **2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

A escolha dos contextos de estágio teve em consideração a área de interesse sobre a qual incidia o PI, assim como, os interesses pessoais e profissionais do discente, uma vez, que o seu percurso profissional decorreu sempre no serviço de urgência pediátrica e a mesma sentia necessidade de conhecer outros cenários reais na área da SIP. Nesse sentido, os estágios foram definidos e articulados entre si, refletindo a diversidade de atividades e o crescente contributo na aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, para o planeamento, execução e gestão dos cuidados de enfermagem especializados.

Na prática, os estágios representaram um total de 32 European Credit Transfer System (ECTS), os quais corresponderam a 517 horas de Ensino Clínico, correspondendo a 460 horas de horas de estágio e 57 horas de orientação tutorial.

O Estágio I decorreu no 1.º Ano 2.º Semestre, tendo sido realizado no período compreendido entre 14 de maio de 2018 a 22 de junho de 2018 num total de 124 horas em contexto de internamento de oncologia pediátrico numa unidade hospitalar da região de Lisboa.

No 2.º Ano 3.º Semestre, deu início o Estágio Final, que por sua vez, foi dividido em 3 módulos de estágios: o primeiro realizado no período de 17 de setembro a 12 de outubro de 2018 em contexto de cuidados intensivos neonatais (UCIN) na unidade de cuidados intensivos neonatais da região do Algarve, num total de 84 horas; o segundo estágio entre 15 de outubro a 9 de novembro de 2018, na unidade de cuidados na comunidade (UCC) pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Barlavento II, representando 84 horas; e o terceiro estágio, na unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) da região norte do país, teve início a 12 de novembro de 2018 e o seu *terminus* a 18 de janeiro de 2019, correspondendo a 168 horas.

O presente capítulo, pretende apresentar a caracterização dos campos de estágio e as atividades desenvolvidas, nos mesmos, seguindo o ramo da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (ESIP) e a linha de investigação integrada no projeto. Posto isso, iremos caracterizar de forma breve e sucinta os locais de estágio e realizar uma análise reflexiva sobre os momentos de aprendizagem e atividades desenvolvidas.

### **2.1.1. Internamento de Oncologia Pediátrico**

O Estágio I decorreu no internamento de oncologia pediátrico, integrado numa unidade hospitalar de referência a nível nacional. Criado em 1960, o serviço de pediatria é o maior e mais antigo serviço de oncologia pediátrico a nível nacional e recebe crianças e adolescentes até aos 15 anos e 364 dias com cancro, das regiões de Lisboa, Vale do Tejo, Ribatejo, Alentejo, Algarve, Açores, Madeira e Países Africanos de língua oficial Portuguesa (IPO, 2018).

O serviço de pediatria, da instituição supracitada, engloba três setores distintos que se complementam entre si, sendo eles: o hospital de dia pediátrico, consulta externa de pediatria e o internamento de pediatria, tendo todos eles o objetivo comum, de prestar assistência adequada à criança/ jovem e família em todas as fases da doença na área da oncologia médica e cirúrgica, sejam elas de diagnóstico, indução, consolidação e manutenção.



Em termos de circuito de admissão, é realizada através do hospital de dia pediátrico, para onde são referenciadas as crianças/jovens doentes, no qual são realizados os exames de diagnóstico iniciais, seguindo-se o circuito interno estabelecido, que consiste na hospitalização da criança/jovem e família no serviço de pediatria.

Na consulta externa, é realizado o acompanhamento clínico e delineado o plano terapêutico da criança e adolescente, assegurando assim a vigilância dos mesmos desde o *terminus* do tratamento até à transição para as consultas de vigilância. Esta última, consiste na vigilância clínica das crianças e jovens que terminaram o seu tratamento há mais de 5 anos e comporta um seguimento personalizado atendendo à patologia e tipo de tratamento realizado.

Relativamente ao internamento de pediatria, tem a capacidade para acolher 23 crianças/jovens e as suas famílias, onde estão contempladas 6 unidades de isolamento. Quanto aos recursos humanos, é composto pela equipa de enfermagem, sendo esta constituída por 27 elementos; 2 dos quais, Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP); 3 a terminar a especialização em ESIP; e 1 com Mestrado em Paliativos; assistentes operacionais, 2 técnicos administrativos, 1 psicólogo, 2 educadores de infância, 3 professores, 1 assistente social, 1 dietista e a equipa médica. A metodologia de trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem é o método individual.

O internamento regista em média 890 novos casos de internamento por ano, sendo que, todas as crianças e jovens podem estar acompanhados 24 horas por dia pelos pais/pessoa significativa ou substituto legal. Durante o internamento as crianças e jovens têm ao dispor uma sala recreio onde estão disponíveis inúmeros brinquedos com os quais podem brincar, assim como, podem participar em diversas atividades organizadas pelas educadoras de infância e professores, com o intuito de minimizar o sofrimento da hospitalização e humanizar o ambiente envolvente. Como sabemos o brincar é fundamental para o bem estar holístico da criança/jovem, ajudando, em paralelo, no processo de adaptação e integração das crianças à realidade, do momento, sendo um fator preponderante na redução dos níveis de ansiedade e um agente facilitador para a aceitação das intervenções clínicas e de enfermagem (IPO, 2018).

De referir que a escolha por este campo de estágio deveu-se à necessidade de adquirir e desenvolver competências técnicas e emocionais no acompanhamento das crianças/jovens e família com doença oncológica, sendo a expectativa era elevada.

### **2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Como foi referido anteriormente, o período de 16 semanas relativo ao Estágio final foi dividido em 3 módulos, correspondendo cada um deles a um momento de estágio diferente. Neste subcapítulo iremos desenvolver o módulo A, referente ao estágio na UCIN numa Instituição Hospitalar do Barlavento, o qual teve a duração de 4 semanas e decorreu no período de 17 de setembro a 12 de outubro de 2018, sob a orientação da EEESIP.

Integrado no Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) a UCIN, presta assistência direta à população neonatal residente no distrito do Algarve e é considerada uma unidade de referência neonatal no distrito algarvio. Uma unidade altamente tecnicista, encontra-se apta a receber recém-nascidos (grandes prematuros, prematuros e de termo) com patologia neonatal que necessitam de cuidados altamente diferenciados e especializados, quer em termos técnicos, como humanos. Quando estáveis, estes recém nascidos são transferidos para a unidade de cuidados intermédios, berçário, internamento de pediatria ou outras unidades hospitalares neonatais e pediátricas dos hospitais da área de residência. O SMINP é um serviço amplo, com um espaço físico acolhedor e abrange a unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Relativamente à UCIN, é constituída por 12 vagas de intensivos neonatais e 6 vagas no berçário, para onde são transferidos os neonatos estáveis e prestes a ter alta. Este serviço integra ainda, a equipa de Transporte Inter-Hospitalar Neonatal e Pediátrico (TIHNP), constituída por um médico e um enfermeiro EESIP do SMINP.

A admissão no serviço de UCIN, é feita predominantemente através do bloco de partos, contudo são também admitidos neonatos transferidos do serviço de obstetrícia, urgência pediátrica, e outras unidades de saúde locais, com patologia médica, que necessitem de intervenção clínica urgente e emergente. Os diagnósticos de admissão mais frequentes são a

doença respiratória e a hipoxemia neonatal, assim como, prematuros e grandes prematuros de alto risco. Relativamente aos neonatos com patologia do foro cirúrgico, nascidos na própria unidade hospitalar, são estabilizados na UCIN e assim que possível transferidos para as unidades hospitalares de referência, no distrito de Lisboa. Quanto aos recém nascidos com necessidade de intervenção cirúrgica urgente e emergente, nascidos noutras unidades hospitalares do concelho do Algarve, são estabilizados no local e transferidos para os Hospitais de referência, em Lisboa, pela equipa do TIHNP do Algarve.

A UCIN compreende uma equipa multidisciplinar constituída por 36 enfermeiros, 22 dos quais EESIP, médicos, assistentes operacionais, administrativos e psicóloga, cuja intervenção visa a majoração da saúde dos neonatos, prematuros ou de termo, internados e das suas famílias. Importa salientar, que esta unidade é acreditada pelo Programa de Cuidados Centrados no Desenvolvimento NIDCAP® (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), o qual visa reduzir, ao máximo, o impacto negativo do ambiente da UCIN no bebé prematuro, fora do útero materno (Santos, 2011).

O método de trabalho instituído neste serviço é o individual, com base no conceito global e implica a atribuição de um ou mais neonatos por enfermeiro. O enfermeiro é então, responsável pela totalidade dos cuidados prestados, assim como, pelo planeamento e avaliação dos mesmos.

### **2.1.3. Unidade de Cuidados na Comunidade**

Como parte integrante do Estágio Final, o Módulo B, foi realizado na UCC do Barlavento, sob orientação da EEESIP responsável pela Intervenção Precoce na Infância (IPI), da dita unidade. Integrada no ACeS Barlavento II, a sede sita em Portimão e tem como área de influência os concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo. A par da UCC, onde decorreu o estágio, esta unidade funcional comporta a Unidade de

Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a equipa da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, atuando em cooperação com as demais unidades funcionais do ACeS Algarve II.

A criação dos ACeS foi promulgada pelo Decreto - Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, na posse do XVII Governo Constitucional que,

(...) reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (p.1182).

Em 2009, com o intuito de consolidar os objetivos estabelecidos no Decreto – Lei supracitado, criou-se o enquadramento legal necessário à criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os ACeS e estabeleceu-se o regime de organização e funcionamento (Portaria n.º 272/2009). No seguimento deste enquadramento legal em 2015, foi publicado o Decreto – Lei n.º 239/2015 de 14 de outubro, baseado no regime jurídico estabelecido pela Lei de Bases em Saúde, no qual, o Governo decretou a sexta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, que estabelecia a criação, estruturação e funcionamento dos ACeS do Serviço Nacional de Saúde. Desta forma surgiram as atuais organizações do ACeS, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada zona geográfica.

A UCC, onde decorreu o presente estágio, tem como missão prestar cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes da área geográfica onde se insere, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, objetivando a promoção de ganhos em saúde e concorrendo, desta forma, para o cumprimento da missão do ACeS do Algarve II - Barlavento da ARS Algarve, I.P (ARS, 2016).

A equipa multidisciplinar é constituída por oito enfermeiros, dos quais três são Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, um EEESIP e quatro generalistas; um higienista oral; um médico; um psicóloga; um assistente social; um fisioterapeuta; dois assistentes operacionais e uma técnica administrativa.

Esta unidade abraça vários projetos que têm um impacto positivo na melhoria dos cuidados à população do concelho, sendo eles a Preparação para a Parentalidade, a IPI, a Saúde Escolar, Saúde Oral, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA), o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) e a Promoção da Saúde, cuja finalidade é sensibilizar a população para os hábitos de vida saudáveis, incidindo sobretudo na literacia para saúde, bem como nos diversos rastreios organizados pela equipa multidisciplinar em parceria com determinadas entidades do concelho.

Relativamente à IPI, surge na sequência das orientações emitidas pela Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Crianças e no âmbito do Plano de Ação para a integração de pessoas com deficiência ou incapacidades, a partir do qual foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), ao abrigo do Decreto de Lei n.º 281/2009 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2016). Cujo objetivo é providenciar apoios e recursos às crianças e respetivas famílias, até aos 6 anos de idade, com atraso do desenvolvimento, incapacidade ou risco, de grave atraso de desenvolvimento, devido às condições biológicas e/ou ambientais onde se encontra inserida (DGS, 2016). Neste sentido, a IPI foca-se na promoção do desenvolvimento da criança, por via de um plano de intervenção que optimize oportunidades de aprendizagem no seu quotidiano, no qual é integrada a família e outros profissionais ligados à área da saúde, educação e segurança social, importantes na vida e desenvolvimento da criança (DGS, 2016).

Quanto à organização do trabalho, a equipa da saúde escolar é constituída por três profissionais de saúde, uma enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, uma enfermeira generalista e um higienista oral. A equipa da IPI, por sua vez, é constituída por uma EEESIP, a qual se encontra responsável pelo programa, em colaboração com a fisioterapeuta, terapeuta da fala, a educadora de infância e a assistente social. A ECCI é constituída por um enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e dois enfermeiros generalistas, e por fim a EPVA e o NACJR estão sob responsabilidade de uma enfermeira generalista.

Os restantes projetos, nos quais a UCC se encontra envolvida, funcionam com a cooperação de todos os elementos da equipa de enfermagem com o intuito de promover a literacia e ganhos em saúde da população.

#### **2.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

A UCIP está integrada no Centro Materno e Infantil do Centro Hospitalar do Norte, e tem como missão cuidar com qualidade e eficiência todos os latentes, crianças e adolescentes, dos 29 dias até aos 17 anos e 364 dias em estado crítico, com patologia médica ou cirúrgica associada. Considerado o centro de referência da região Norte para doentes politraumatizados, neurocríticos e cardíacos, recebe frequentemente doentes proveniente de todo o território norte, assim como, doentes da sua área direta de influência.

Esta Unidade dispõe de uma ampla sala de internamento cuja lotação atual é de 7 camas para doentes de cuidados intensivos, contudo, tem um espaço físico com capacidade para 10 camas, sendo que a curto prazo objetiva-se a abertura de 3 camas de cuidados intermédios. Das 7 camas, 2 estão num quarto de isolamento, as quais têm a capacidade de pressurização por pressão negativa ou positiva, dependendo das situações clínicas. No centro da Unidade encontra-se o espaço dedicado à equipa de enfermagem, proporcionando assim uma melhor visualização e vigilância dos doentes. Dispõe, ainda, de zonas de apoio, as quais passamos a citar: sala dos médicos; gabinetes individuais, destinados ao Diretor de Serviço, ao Enfermeiro Chefe e à funcionária administrativa; salas de armazenamento de materiais e equipamentos diversos; um quarto para o médico com casa de banho individual; uma copa de apoio aos doentes; uma copa de apoio aos profissionais; duas casas de banho para os profissionais; uma sala de espera destinada aos pais, munida de cadeirões para que possam repousar; e uma casa de banho anexada a esta para uso exclusivo dos pais. A equipa médica é constituída por seis pediatras, incluindo o Diretor de Serviço, com experiência na área de cuidados intensivos pediátricos, com os quais colabora o cardiologista. A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe, Especialista em ESIP e por vinte e sete enfermeiros, dos quais dezanove são EESIP, um Especialista em Enfermagem de Reabilitação e sete enfermeiros generalistas. Como se pode concluir trata-se de uma equipa altamente especializada, com domínio na área da terapia intensiva.

Os elementos da equipa de enfermagem encontram-se divididos por equipas, sendo cada uma delas composta por quatro enfermeiros incluindo o chefe de equipa, Especialista em ESIP

e o método de trabalho é, à semelhança dos outros contextos de estágio, o método individual, sendo que cada enfermeiro fica responsável por um determinado número de crianças, uma a duas, dependendo do grau de exigência de cuidados que a mesma requer.

A unidade é munida de equipamento altamente tecnológico e especializado com o intuito de dar resposta às necessidades dos latentes, crianças e jovens que requerem estes mesmos cuidados.

## **2.2. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Por termos tido um percurso de estágios predominantemente na área da prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, a par de colaborar ativamente na prestação de cuidados, fizemo-lo conscientes que cuidar da criança/jovem e família nestas condições, requer do enfermeiro uma imensa consciência de si mesmo, das suas capacidades e limitações. O que vai de encontro à linha de raciocínio dos seguintes autores, pois salientam, que a transformação de vivências em experiências é um processo que exige a capacidade de reconhecimento dos limites individuais de cada pessoa (Abreu, 2007), e para que tal suceda, requer uma dinâmica de transformação, possibilitando a autoformação através da reflexão e da pesquisa (Canário & Rummert, 2009).

Desta forma, abraçamos as oportunidades cientes das suas dificuldades, com o objetivo de promover transformações intrínsecas que tenham um reflexo positivo nos cuidados prestados às nossas crianças/jovens e famílias, possibilitando-nos ainda, o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e de EEESIP.

Nos cuidados prestados, procuramos evidenciar e utilizar estratégias motivadoras para com a criança/jovem e família, utilizando uma linguagem adequada ao seu estágio de desenvolvimento, transmitindo conhecimentos e habilidades no sentido de permitir o desenvolvimento de competências para a assunção do seu papel na saúde. Conscientes da

importância que a comunicação tem na nossa prática, demonstramos sempre, total disponibilidade aos pais, crianças/jovens, para exporem as suas dúvidas e preocupações, e tivemos sempre presente a participação dos mesmos, na prestação de cuidados num modelo de parceria, envolvendo os pais em todas as atividades realizadas e aproveitando todas as ocasiões para reforçar e realizar ensinamentos, no sentido de promover e facilitar o seu papel como principais cuidadores, assim como o desenvolvimento da parentalidade.

No decorrer do estágio I foi-nos requerida a elaboração de um Estudo de Caso (EC), integrado nos elementos avaliativos, o que nos permitiu aprofundar aspetos do desenvolvimento psicomotor da criança, assim como, aspetos emocionais e o contexto familiar e social no qual a criança e família estão inseridos. Os estudos de caso, segundo Galdeano, Rossi & Zago (2003), compõem um recurso que possibilita a realização de um estudo aprofundado dos problemas e necessidades do doente, família e comunidade, com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter as problemáticas encontradas. Desta forma, o processo de enfermagem assume grande importância como foco principal do trabalho do enfermeiro, respondendo de forma sistematizada às necessidades da criança/jovem e família, com a elaboração de um plano de cuidados que contempla essas mesmas necessidades (Alves, Chaves, Freitas, & Monteiro, 2007).

No módulo A do estágio final, podemos direcionar os nossos cuidados aos recém nascidos de termo, em situação crítica, assim como, prematuros e grandes prematuros, que só por si já requerem um minúcia e destreza de cuidados, de modo a não agravar a sua situação clínica instável. A par do planeamento e colaboração na prestação de cuidados, podemos desenvolver várias atividades, que vão de encontro às competências de EEESIP. Entre elas, diagnosticar o mais precocemente as situações de instabilidade hemodinâmica, que coloquem em risco a vida do neonato, adequando os cuidados à filosofia de trabalho abraçada pela equipa, NIDCAP®, que visa prestar cuidados individualizados e centrados no desenvolvimento do recém nascido (RN) e família, permitindo-nos minimizar o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN, fora do útero materno (Santos, 2011).

O módulo B, do estágio final, permitiu-se desenvolver um plano de cuidados personalizado e adequado às necessidades individuais de cada criança, com necessidade de atuação ao nível da IPI. Através do qual, procuramos diagnosticar o mais precocemente as



situações de risco, que possam afetar negativamente a vida e qualidade de vida da criança e do jovem, articulando atividades com os demais profissionais de saúde, no sentido de maximizar os ganhos em saúde. Neste mesmo contexto, podemos acompanhar as consultas de vigilância de saúde infantil, seguindo as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), através das quais procuramos sempre “promover o crescimento e desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p. 19194).

Tivemos ainda, a oportunidade realizar duas sessões de formação. Uma delas, incluída no Programa de Saúde Escolar, em parceria com a enfermeira orientadora e enfermeiro da ECCI, tendo sido realizada aos alunos do 2º ciclo de uma Escola do Barlavento Algarvio, relativamente ao tema “Suporte Básico de Vida Pediátrico” (SBVP) (Apêndice 2); e a outra sessão, foi direcionada à equipa de enfermagem da UCC, na qual exploramos a humanização dos cuidados à criança/jovem e família. Ambas as atividades desenvolvidas foram muito proveitosas, transformando-se em momentos de reflexão e partilha, no sentido de fomentar o conhecimento e consequentemente contribuir para a literacia em saúde.

Relativamente ao módulo C, do estágio final, a par dos cuidados prestados às crianças/jovens e respetivas família em situação de especial complexidade, não descuidamos a vertente da maximização da saúde dos mesmos, atuando em conformidade com o ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Tivemos ainda, a oportunidade de apresentar o desenho do nosso PI à enfermeira chefe, enfermeiro orientador e restantes elementos da equipa de enfermagem e dado o interesse geral da equipa, face à problemática, demos início à implementação do mesmo. Neste estágio, realizamos a nossa colheita de dados, obtida através da grelha de observação (Apêndice 6) construída por nós e iniciamos a análise dos dados obtidos, assim como providenciamos vários momentos de discussão, com a equipa, nos quais reinou a partilha e reflexão sobre a temática, nomeadamente os benefícios que a humanização tem na qualidade dos cuidados prestados, em particular na unidade de cuidados intensivos, onde tantas vezes a vertente tecnicista ultrapassa a vertente humana e os cuidados tornam-se despersonalizados.

Ao longo de todos os estágios tivemos, a oportunidade de aprofundar conhecimento sobre o tema da humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade e procuramos proporcionar momentos de partilha e reflexão, sobre a temática

com os elementos da equipa de enfermagem, atuando como um agente dinamizador na partilha do conhecimento. Esta pesquisa suscitou um enorme interesse da nossa parte, pelo que, no decorrer do estágio final realizamos uma artigo de revisão integrativa (Apêndice 5), centrado nessa temática. Segundo (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008), a revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a síntese de todo o tipo de estudos, independentemente da metodologia, permitindo retirar conclusões gerais de uma determinada área de investigação.

Os diferentes contextos onde decorrerem os estágios, foram bastante enriquecedores e permitiu-nos mobilizar conhecimentos e enriquecer-nos enquanto futuros enfermeiros especialistas em ESIP, nos quais procuramos desenvolver uma prática de cuidar humanizado com o intuito de minimizar o impacto negativo que o ambiente hospitalar tem sobre as crianças/jovens e respetivas famílias, indo de encontro ao desenvolvimento do nosso PI. As atividades desenvolvidas no processo de cuidar, permitiu refletir sobre o impacto que a humanização dos cuidados tem no processo de saúde/doença.

O desenvolvimento do PI no decorrer dos diferentes estágios, permitiu-nos aumentar o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas relacionadas com a prestação de cuidados à criança/jovem e família, ao longo do seu ciclo de vida. De igual modo, possibilitou-nos a concretização várias atividades relacionadas com a prestação de cuidados à criança/jovem e família, que em muito, contribuíram para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP.

A revisão bibliográfica e a pesquisa na evidência científica, foi uma constante ao longo deste percurso, pois auxiliou-nos nas tomadas de decisão fundamentadas, no sentido de mantermos um papel dinamizador na manutenção de cuidados de saúde seguros e de qualidade. Esta performance surge da necessidade do contínuo progresso de competências teóricas, indispensável numa intervenção prática com qualidade, tornando-se por isso “prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade” (Fonseca, 2015, p. 1).

### 3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Um dos requisitos para aquisição do grau de mestre e atribuição do título de enfermeiro especialista, pela OE é a realização de um PI em serviço, pelo que procedemos à realização do mesmo, integrado do presente Relatório Final, que começou a ser desenhado ainda no Estágio I, tendo sido consolidado e desenvolvido no decorrer do Estágio Final. Para tal, em muito contribuíram as pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas e reuniões com as enfermeiras chefe, enfermeiras orientadoras e elementos das equipas de enfermagem, nas quais pretendemos levantar as necessidades sentidas nos serviços. A sua execução decorreu no módulo C do estágio final, no entanto, consideramos ter aproveitado os contributos e as oportunidades dos quatro contextos de estágio sequenciais e articulados entre si, para a construção do PI.

No ramo da ESIP, desenvolvemos o PI, recorrendo à metodologia de projeto, enquadrado na linha de investigação “necessidades de cuidados de enfermagem em populações específicas”, concetualizando-o em redor do tema da Humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade. Sobre o qual, tínhamos elevado interesse e motivação, visando contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde, à criança/jovem e família, e desta forma contribuir para o progresso da disciplina de enfermagem e desenvolvimento de competências especializadas.

Repensar em melhoria de cuidados de saúde ao nível da qualidade e segurança é um processo indispensável para qualquer processo de acreditação hospitalar (Greenfield, Kellner, Townsend, Wilkinson & Lawrence, 2014). Esta é definida pelo International Society for Quality Assurance (ISQUA) como “um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente” (Christo, 2014, p. 6).

Como referido anteriormente, recorreremos à Metodologia de Projeto para desenvolver o presente PI, pois o foco da desta, é atuar e resolver um problema identificado, objetivando a

aquisição de capacidades e competências de cariz pessoal através da elaboração e concretização de projetos numa situação real. Esta metodologia faz a ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o suporte requisitado é de cariz teórico e através deste, procede-se à aplicação prática do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Importa salientar, que o PI é uma proposta de ação construída na base da identificação de problemas, necessidades e fatores determinantes, referindo-se a um plano de ação cujas ações são coordenadas no futuro e a intervenção implica uma ação objetiva e concreta para uma determinada realidade. Neste sentido, o PI consiste em definir e orientar ações que são planeadas no sentido de promover a resolução de problemas e/ou necessidades identificadas, cujo intuito será sempre gerar a mudança e impulsionar o desenvolvimento.

A sua elaboração requer o cumprimento das diversas etapas de desenvolvimento abrangendo, a fase de diagnóstico de situação, planificação de atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Salienta-se ainda, que o planeamento das atividades deve estar assente nas consolidadas premissas: voltado para o futuro, processo permanente, contínuo e dinâmico, racionalidade nas tomadas de decisão e selecionar várias alternativas no decurso da ação.

Tendo em consideração a aplicação e desenvolvimento desta metodologia para a concretização do projeto, iremos de seguida, proceder à descrição e análise de cada uma das etapas do trabalho de projeto.

### **3.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA/ÁREA DE INTERVENÇÃO**

As unidades de cuidados intensivos pediátricos caracterizam-se por ser um ambiente extremamente técnico onde os cuidados de enfermagem são direcionados, essencialmente, para as situações urgentes e emergentes. Estes serviços são frequentemente conotados a situações de doença grave e risco de vida, onde o sentimento de perda assombra o dia a dia das

crianças/jovens, famílias e profissionais de saúde. Contudo, apesar da componente técnica assumir um pilar de relevo nestas unidades, assumimos que a par desta, prestar cuidados humanizados é extremamente relevante.

Segundo Deslandes, Lamego e Moreira (2005), a humanização pode ser compreendida como um vínculo, entre os profissionais de saúde e utentes, orientando as suas ações através da compreensão e apreciação dos mesmos, o que se traduz num comportamento ético e humano holístico. Os supracitados autores salientam ainda, que a humanização está igualmente associada à qualidade dos cuidados, o que envolve o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos direitos da criança.

Após a análise do estado da arte, depreendemos que a Humanização dos Cuidados é um tema, ainda pouco desenvolvido na maioria das unidades de saúde em Portugal, apesar de, em termos legislativos, ter entrado em vigor o Decreto-Lei n.º 37/2002 de 26 de fevereiro, com o programa Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde.

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), revela-nos ainda, que o sistema de saúde português está fortemente subordinado ao setor hospitalar (OMS, 2016), havendo um excesso de afluência aos hospitais e um tempo de permanência médio mais elevado, quando comparados com os restantes países da União Europeia (OMS, 2016). A estes dados, acrescenta-se a carência de profissionais de saúde, prevendo-se um aumento dramático deste problema até 2020 (Gilles, Burnand, & Peytremann-Bridevaux, 2014). Posto isto, emergem várias questões pertinentes, entre as quais: será aceitável ambicionar a prestação de cuidados de saúde humanizados perante a existência de profissionais, maioritariamente, mal remunerados, por vezes pouco incentivados e sujeitos a uma carga horária de trabalho considerável? (Hennington, 2008). Em resposta, a OMS defende que uma boa gestão de recursos humanos pode influenciar os cuidados prestados aos utentes do SNS e recomenda um número suficiente de profissionais de saúde bem treinados, de modo, a prestarem cuidados de saúde de elevada qualidade (Rechel & Mckee, 2014).

Face ao exposto e à pesquisa bibliográfica realizada, consideramos ser uma área de atuação de extremamente relevante, que trará resultados benéficos para a melhoria dos cuidados

de saúde prestados às crianças/jovens e família que requerem de cuidados de saúde altamente especializados.

O desenvolvimento do PI nesta área de intervenção tem como objetivo identificar as estratégias/indicadores desenvolvidos pelos enfermeiros no sentido de melhoria e qualidade dos cuidados, que se traduz na humanização dos mesmos.

### **3.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

O tema em estudo surgiu de uma análise empírica e das inúmeras conversas informais com os enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores e equipas de enfermagem, através das quais foi possível tomar consciência do impacto que a problemática tem na qualidade dos cuidados de saúde prestados à população pediátrica. De salientar, que as questões colocadas aos elementos chaves do serviço, não seguiram um roteiro pré-estabelecido, tendo sido colocadas em determinado contexto, no decorrer da conversa. Partindo desta análise, foi identificado o problema, que justificou a escolha do tema, tornando-se assim, evidente a necessidade de intervenção no contexto de estágio.

Da análise das entrevistas, foi possível constatar que:

- Todos os elementos da equipa sentiam necessidade e percecionaram como vantajoso a implementação do PI;
- Uma forte motivação, por parte dos enfermeiros da UCIP, face à realização do projeto;
- Abertura por parte da chefia do serviço UCIP, no sentido de colaborar na implementação de estratégias que contribuam para a implementação do PI.

Durante a fase de diagnóstico de situação, é importante realizar uma análise cuidada dos ambientes internos e externos, do contexto onde vamos implementar um projeto e para isso,

optamos por realizar a análise SWOT, uma vez que este, é o instrumento mais adequado para seleccionar as estratégias de desenvolvimento, a fim de alcançarmos os objetivos propostos (Filho, 2015).

A análise Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats (SWOT), pretende identificar o problema, estabelecer a área de melhoria mediante a realização de um plano pedagógico de formação, com vista à sua realização e avaliação. A par de um aprofundamento teórico do tema em estudo, em concreto a humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade.

Tratando-se de um estudo em cuidados de saúde, que procura garantir a segurança do doente em idade pediátrica através do planeamento sistematizado dos cuidados humanizados, prestados à criança/jovem e família é imperativo fazer um diagnóstico organizacional de forma a identificar as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. Segundo Santos, Sobreiro e Calca (2007, p. 7), “Este exercício proporciona, por um lado, a reflexão sobre factores positivos de que um sistema beneficia (forças e oportunidades) e, por outro, a reflexão sobre os factores negativos com que o sistema se defronta (debilidades e ameaças)”. A aplicação da análise SWOT permitiu-nos concluir que prestar cuidados de saúde humanizados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade é uma problemática presente, com potencial de melhoria.

Quadro 1: Análise SWOT

	<i><b>Ponto Fracos</b></i>	<i><b>Pontos Fortes</b></i>
<i><b>Ambiente Interno</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansaço físico e emocional da equipa de enfermagem, face à sobrecarga horária;</li> <li>• Pressão exercida pelos pais, sobre a equipa de enfermagem, face à situação clínica de elevada complexidade da criança/jovem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetividade da chefia;</li> <li>• Equipa de enfermagem motivada e interessada em uniformizar os cuidados humanizados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade;</li> <li>• Equipa de enfermagem altamente especializada na área da saúde infantil e pediátrica;</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>

*Ambiente Externo*

- Existência da Carta de Humanização na Instituição Hospitalar.
- Carência do número de enfermeiros;
- Inexistência de um grupo de trabalho, responsável pela formação contínua, sobre a humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade.

Santos, Sobreiro & Calca (2007)

Posto isto, partindo da análise swot realizada, alcançamos o nosso diagnóstico de situação, identificando o seguinte problema: necessidade de formação contínua, à equipa de enfermagem, no âmbito da humanização dos cuidados à criança/jovem e família, em situação de especial complexidade. Definido o diagnóstico, delineamos então, os objetivos que se pressupõe serem exequíveis e quantificáveis no tempo e no espaço. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a definição de objetivos é essencial à descrição do problema identificado, o qual, o PI procura solucionar.

Desta forma, foi possível determinar os seguintes objetivos geral e específicos, respetivamente:

**Objetivo geral:**

- Contribuir, através da capacitação da equipa de enfermagem, para a melhoria da prestação de cuidados humanizados à criança/jovem e família, em situação de especial complexidade;

**Objetivos específicos:**

1. Realizar sessões de formação à equipa de enfermagem, sobre a humanização dos cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade, fundamentada na evidência científica;
2. Realizar reuniões com a equipa de enfermagem, para discussão dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados e confrontar os mesmos com a evidência científica.



### **3.3. PLANEAMENTO DO PROJETO**

Numa fase inicial do projeto foi construído um cronograma (Apêndice 7), que tem como objetivo servir de guia orientador ao trabalho a ser desenvolvido, tendo este, um carácter dinâmico, pressupondo reajustes ao longo do tempo, uma vez tratar-se de um processo interativo que antevê uma data de início e de fim das atividades planeadas. O cronograma tem em atenção o espaço temporal durante o qual perspectivamos concretizar o PI, os recursos humanos e materiais necessários, assim como, todas as atividades desenvolvidas para o efeito.

Após terem sido delineados os objetivos do projeto é essencial dar consistência ao mesmo, através da elaboração de um plano de ação. Segundo Hungler e Beck (2001) citado por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), esta fase caracteriza-se pela organização necessária à realização do PI, com levantamento de recursos, limitações e condicionantes, pela definição das atividades a desenvolver, pelos métodos de pesquisa e por fim pelo desenho do cronograma.

A escolha das atividades, meios e estratégias foi subordinada aos objetivos definidos, de forma a estarem correlacionados. Para Miguel (2006), as atividades têm uma duração, um custo e necessidade de recursos previstos, podendo ser subdivididas em tarefas. Para que as tarefas sejam realizadas com sucesso é necessário delinear estratégias de investigação que utilizem os recursos de forma eficaz (Fortin, 2009).

Deste modo, foi realizado um plano de ação, cujo objetivo é desenvolver atividades que procuram dar resposta às necessidades identificadas na equipa de enfermagem e cujo intuito major é a partilha de conhecimentos técnico-científicos baseados na mais recente evidência científica. Partindo desta premissa, surge a observação direta e a grelha de observação (Apêndice 6) como instrumentos de diagnóstico, pois possibilitam a identificação e validação dos problemas sobre os quais se pretende atuar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para formalizar o processo de observação, iniciamos assim, a construção do instrumento de colheita de dados (Apêndice 6) e para tal, percorremos 3 fases importantes, nomeadamente: a conceção do instrumento, a planificação e construção de um instrumento. Cujo intuito é obter

informação necessária ao projeto (Pocinho, 2014). Neste sentido, a grelha de observação (Apêndice 6), pretendeu reconhecer os indicadores de cuidados humanizados, desenvolvidos pela equipa de enfermagem na planificação e prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade. Através desta, pretendemos explicar os domínios e respetivos indicadores mais desenvolvidos pela equipa, como reflexo dos benefícios e ganhos em saúde, que a humanização dos cuidados tem na melhoria continua da saúde e bem-estar.

Segundo Pocinho (2014), o recurso à observação é um método de investigação que capta os comportamentos no momento em que estes são realizados, traduzindo-se num método infinitamente amplo, dependendo exclusivamente, dos objetivos delineados para o trabalho. No método de observação direta, o investigador pode optar por dois tipos de modalidades concretas de observação: observação participante de tipo etnológica ou observação não participante, sendo esta última constituído por processos técnicos muito mais formalizados. Desta forma, optou-se pela observação participante de tipo etnológica, uma vez que este método permite “estudar uma comunidade durante um longo período, participando na vida coletiva. O investigador estuda, então, os seus modos de vida, de dentro e pormenorizadamente, esforçando-se por perturbá-los o menos possível” (Pocinho, 2014, p.99).

O recurso à grelha de observação (Apêndice 6) como instrumento de investigação, mostrou ser o método adequado para o presente estudo, visto ser interessante, do ponto de vista da investigação, avaliar também, a componente não verbal da prestação de cuidados. Descartes (2006) considera ser um método especialmente interessante no sentido em que permite obter, igualmente, uma análise dos comportamentos não verbais, assim como das condutas instituídas e a autenticidade dos acontecimentos, quando comparada com as palavras verbalizadas e escritas, pois, é mais fácil mentir através destas duas últimas, do que com o corpo.

De salientar, que o emprego da grelha de observação (Apêndice 6), ocorreu no contexto de estágio académico, previamente autorizado pelo Concelho de Administração da instituição hospitalar e teve a autorização da Enfermeira Chefe do serviço, assim como, de todos os elementos da equipa. Aos quais foram apresentados os objetivos do PI, assumindo, o responsável do projeto, o compromisso de respeitar os princípios éticos e deontológicos da recolha de dados, garantindo, o anonimato dos intervenientes.

A pesquisa bibliográfica foi um contributo extremamente importante, pois através desta, foi garantida a especificidade e fidelidade da informação, como é defendido por Fortin (2009). Importa mencionar, que foram considerados todos os contributos individuais dos elementos de equipa, que aceitaram participar no projeto, nomeadamente os contributos e ajuda essencial do enfermeiro orientador de estágio e da professora orientadora. Posto isto, são apresentadas de seguida, as atividades a desenvolvidas para a concretização dos objetivos, delineados antecipadamente, para os 3 contextos do estágio final do Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Na UCIN foram planeadas as seguintes estratégias e atividades expostas no quadro 2:

Quadro 2: Atividades e estratégias planeadas na UCIN

Atividades e estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais
Realização de estágio na UCIN	Responsável do projeto; Enfermeira supervisora; Professora Orientadora.	
Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver.	Responsável do projeto; Enfermeira supervisora; Professora Orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Realização de artigo de revisão integrativa (Apêndice 5) sobre a temática.	Responsável do projeto; Professora Orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeiro chefe, Enfermeira orientadora e elementos da equipa de enfermagem para levantamento das necessidades sentidas pelo serviço	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora.	Sala de reuniões
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão; Construção da grelha de observação (Apêndice 6)	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora Professora orientadora.	Sala de reuniões Computador Impressora Folhas de papel Esferográficas

No sentido de dar cumprimento às atividades planeadas foi realizado um levantamento dos recursos e mais valias disponíveis, internas e externas, que fossem facilitadoras para o planeamento do projeto. Os recursos podem ser humanos e materiais, sendo estes determinados pelo responsável do projeto de acordo com os objetivos que se pretende alcançar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Relativamente aos recursos humanos referem-se aos enfermeiros da equipa e enfermeira chefe, uma vez, que são estes os principais agentes de mudança na busca contínua de melhoria de cuidados prestados à criança/jovem e família. De salientar também, como recurso humano, a professora orientadora como um recurso essencial no encaminhamento e orientação do projeto. A existência de uma relação de confiança entre profissionais e o reconhecimento das competências e contributos de cada elemento, permitiu-nos alcançar um consenso, relativamente aos objetivos a atingir.

O planeamento de atividades desenvolvidas na UCC foi concretizado de uma forma muito similar ao anterior, no entanto, foi tido em consideração as particulares inerentes à especificidade da unidade. Assim sendo, foram planeadas as seguintes estratégias e atividades para a UCC (quadro 3):

Quadro 3: Atividades e estratégias planeadas na UCC

Atividades e estratégias	Recursos humanos	Recursos materiais
Realização de estágio na UCC	Responsável do projeto; Enfermeira supervisora; Professora Orientadora.	
Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver	Responsável do projeto; Enfermeira Supervisora; Professora Orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Realização de artigo de revisão integrativa (Apêndice 5) sobre a temática	Responsável do projeto; Professora Orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeiro chefe e elementos da equipa de enfermagem para levantamento das necessidades sentidas pelo serviço	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora.	Sala de reuniões Folhas de papel Esferográfica
Apresentação do projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e discussão; Construção da grelha de observação (Apêndice 6)	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora Professora orientadora.	Sala de reuniões Computador Impressora Folhas de papel Esferográficas
Realização de sessão de formação (Apêndice 4), à equipa, sobre a temática em estudo, de acordo com o plano de sessão.	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora;	Sala de reuniões Projektor Computador

Equipa de enfermagem;  
Professora orientadora.

Mais uma vez, no sentido de dar resposta ao planeamento, foi realizado em conjunto, com a equipa de enfermagem e a chefe do serviço, uma formação em serviço, cuja finalidade foi a partilha de informação no âmbito da temática em estudo. Após o término da formação supracitada houve ainda a oportunidade de realizar uma reunião em equipa, durante a qual cada um dos elementos apresentou os seus contributos para o desenvolvimento do projeto. Para a realização da formação em serviço e reunião, recorremos à utilização do equipamento tecnológico da instituição (projektor), assim como, o espaço físico da mesma (sala de reuniões), tendo havido a preocupação de, antecipadamente, realizar a marcação da sessão de modo a que não houvesse sobreposição de atividades.

Por fim, para o estágio da UCIP foi igualmente delineado um plano de ação, uma vez mais, semelhante aos anteriores, o qual é apresentado de seguida (quadro 4).

Quadro 4: Atividades e estratégias planeadas na UCIP

<b>Atividades e estratégias</b>	<b>Recursos humanos</b>	<b>Recursos materiais</b>
Realização de estágio na UCIP	Responsável do projeto; Enfermeiro supervisor; Professora Orientadora.	
Realização de pesquisa científica sobre a temática a desenvolver	Responsável do projeto; Enfermeiro supervisor; Professora Orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Realização de artigo de revisão integrativa sobre a temática (Apêndice 5)	Responsável do projeto; Enfermeiro supervisor; Professora Orientadora.	Computador Internet Biblioteca
Reunião com enfermeira chefe e elementos da equipa de enfermagem, para levantamento das necessidades sentidas pelo serviço	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeiro supervisor.	Sala de reuniões Folhas de Papel Esferográfica
Apresentação do projeto a desenvolver, à equipa de enfermagem e discussão	Responsável do projeto; Chefe/responsável do serviço; Enfermeira supervisora; Equipa de enfermagem.	Sala de reuniões Computador Impressora Folhas de papel Esferográficas

Aplicação da grelha de observação (Apêndice 6)	Responsável do projeto; Computador Chefe/responsável do serviço; Impressora Enfermeira supervisora; Folhas de papel Esferográficas Equipa de enfermagem Professora orientadora.
--	--

Para que pudéssemos concretizar as atividades descritas no quadro acima, foi necessário reunirmos com a Enfermeira chefe do serviço, juntamente, com o enfermeiro orientador, na sala de reuniões, durante a qual foi exposto a temática em estudo, os objetivos e apresentado o instrumento de colheita de dados. Esta reunião resultou num parecer positivo para aplicação e desenvolvimento do PI no serviço, pelo que após este, foram delineados prazos para a sua aplicabilidade. Após autorização da chefia, procedemos à apresentação do planeamento do projeto à equipa de enfermagem, a qual se mostrou extremamente interessada no estudo e apresentou os seus contributos para o aperfeiçoamento do mesmo.

No decorrer deste estágio, procedemos ainda, à aplicação do instrumento de colheita de dados, grelha de observação (Apêndice 6), através da qual obtivemos os nossos resultados.

Ressalvamos ainda, que apesar da colheita de dados ter sido concretizada no último campo de estágio, os 4 contribuíram em larga escala, para o desenvolvimento do planeamento do PI e consolidação dos objetivos do mesmo.

### **3.4. EXECUÇÃO DO PROJETO**

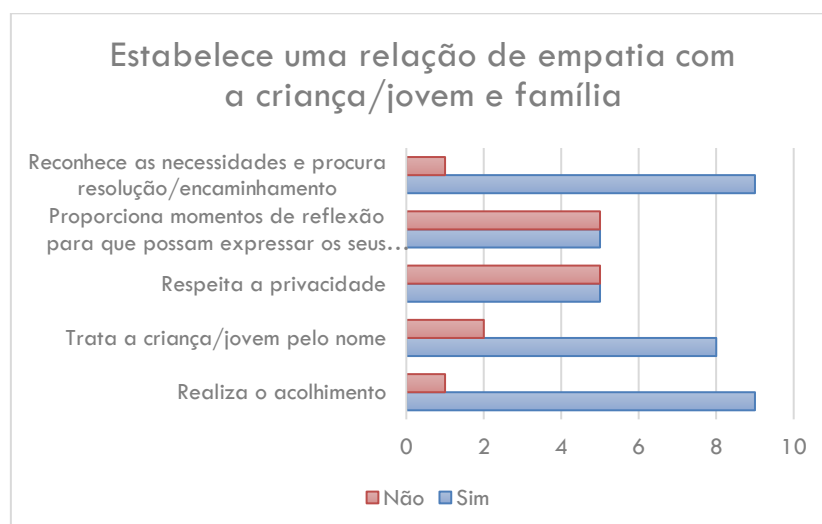
A fase de execução da metodologia de projeto, visa materializar a realização do PI, aplicando na prática tudo o que foi anteriormente planeado. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), consiste em colocar em prática tudo o que foi construído mentalmente, transferindo-se para uma situação real.

Ao transferir um projeto mental para a prática real, os intervenientes vão-se deparando com diversos problemas e novas situações que ao serem resolvidas e ultrapassadas têm o potencial de alargar o leque de competências dos participantes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O que torna extremamente importante, a participação ativa do orientador do projeto no sentido de manter todos os participantes motivados durante todo o processo de execução, levando à concretização das atividades planeadas por parte dos participantes. É também uma fase de procura ativa de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema detetado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O recurso à grelha de observação (Apêndice 6), permitiu-nos obter dados *in loco*, sem que houvesse interferência externa do responsável pelo projeto, de modo, a que a informação obtida fosse o mais fidedigna possível. De salientar, que foram aplicadas 10 grelhas de observação aos enfermeiros EESIP que se encontravam na prestação direta de cuidados.

Perante o exposto, apresentamos de seguida, os dados obtidos através deste instrumento, no qual, consideramos como domínios da observação a relação de empatia, a parentalidade, a dor e a preparação da criança/jovem e família para o procedimento a realizar, sendo que, cada um dos domínios integra os seu indicadores.

**Figura 1:** Estabelece relação de empatia com a criança/jovem e família

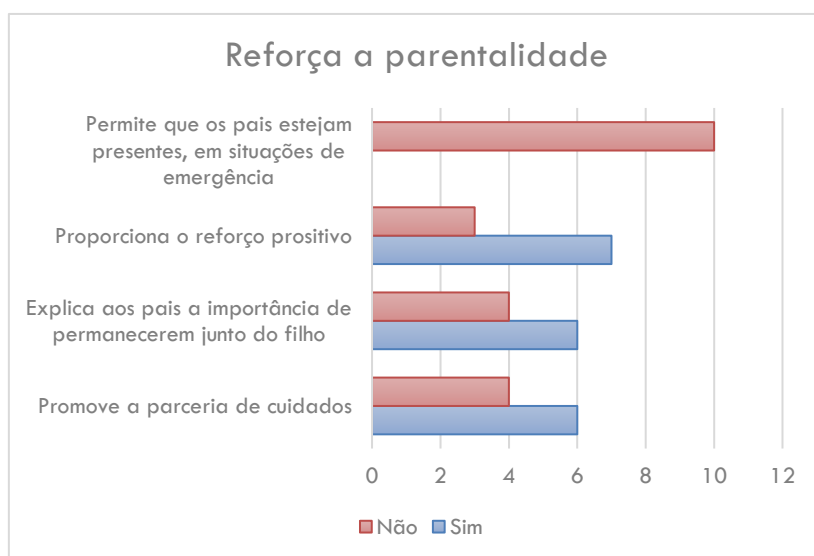


No domínio da relação de empatia, podemos constatar que os indicadores mais desenvolvidos na prestação dos cuidados é a realização do acolhimento à criança/jovem e

família (n= 9), o reconhecimento das necessidades e a procura pela resolução do problema (n= 9) e o respeito pela privacidade da criança/jovem (n= 8), revelando resultados de excelência. Em contrapartida, a prática de proporcionar momentos de reflexão entre enfermeiro-criança/jovem-família, assim como, o respeito pela privacidade do criança/jovem, demonstrou ser uma prática satisfatoriamente desenvolvida (n= 5).

Sobre o olhar de Corbani, Brêtas e Matheus (2009), a humanização na enfermagem é o seu instrumento de trabalho: o cuidado, que se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência se constitui numa atitude humanizada. Cuidar é, para os autores supracitados, utilizar a própria humanidade para assistir o outro, como um ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção, com um coração consciente e com o seu espírito, dotados de dignidade, a serem cuidados na totalidade. Logo, o cuidado consiste numa relação inter-humana.

**Figura 2:** Reforça a parentalidade



No domínio do reforço da parentalidade, podemos constatar que o indicador mais desenvolvido é a prática do reforço positivo à criança/jovem e família (n= 7). Quanto aos indicadores que pretendem avaliar, se os enfermeiros disponibilizam tempo de qualidade para explicar aos pais a importância e benefício da presença destes junto do filho, e a promoção da parceria de cuidados, apresentou valores satisfatórios (n= 6), pelo que consideramos os resultados dos supracitados indicadores bons. Por último, no indicador que pretende avaliar se

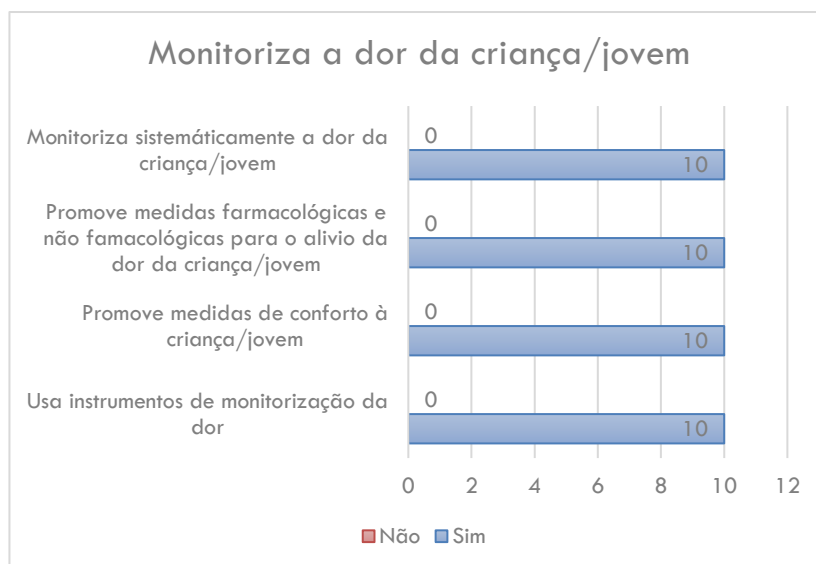


a presença dos pais é permitida durante as situações de emergência (n= 0), obtivemos um resultado insatisfatório, na medida em que foi perentório em todas as observações realizadas.

Meeks (2009), assegura que na globalidade, os pais são a favor de permanecer perto dos filhos durante a realização de procedimentos invasivos, inclusive em situações de Reanimação Cárdio Pulmonar. No geral, as pessoas que vivenciam estes momentos, mesmo em caso de morte, revelam sentimentos de gratidão para com a equipa multidisciplinar, pelo fato de lhes ter sido permitido estar junto dos seus entes queridos durante os seus últimos minutos de vida.

Um estudo realizado por Maxton (2008) acrescenta ainda, que a memória dos acontecimentos presenciados pelos pais durante as manobras de reanimação, não é, ao contrário do que se considera, duradoura nem traumática, mesmo nas situações de morte. Pelo contrário, estas memórias ajudam os progenitores a compreender melhor o processo de doença e a aceitar que tudo foi realizado para salvar a criança/jovem, reduzindo assim, os sentimentos de incerteza e ansiedade. Em contrapartida, os pais que não vivenciaram estes momentos, apresentam mais dificuldade em fazer o luto e tornam-se indivíduos mais angustiados.

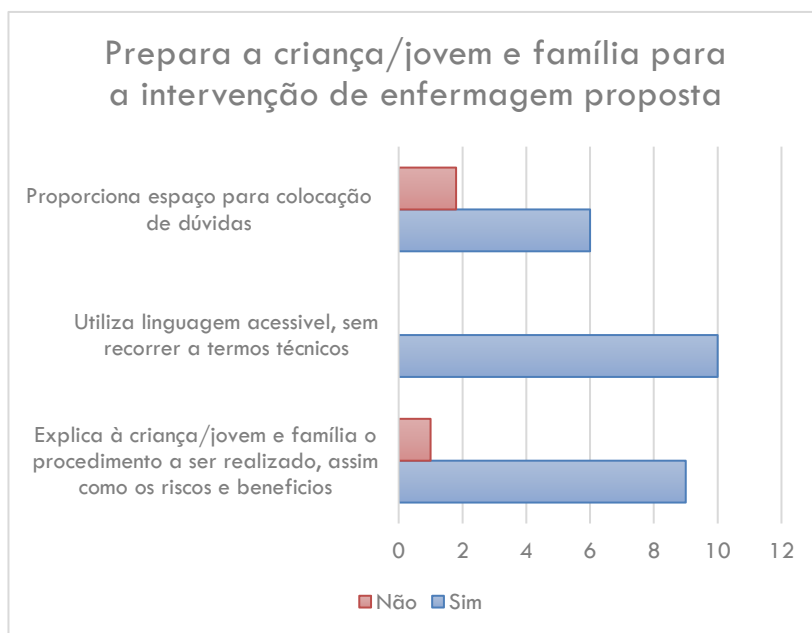
**Figura 3:** Monitoriza a dor da criança/jovem



Relativamente ao domínio da monitorização da dor, podemos constatar que a totalidade da amostra (n= 10), respeitou os itens de avaliação, pelo que consideramos o resultado excelente.

De acordo com Bettinelli, Waskievicz e Erdman (2003, p.233) “o grande desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competência tecnocientífica e humana”.

**Figura 4:** Prepara a criança/jovem e família para a intervenção de enfermagem proposta



Por fim, o último domínio da avaliação pretendeu avaliar, se os enfermeiros preparavam a criança/jovem e família para a intervenção a ser realizada. Este domínio inclui 3 indicadores, sendo que, relativamente ao fato do enfermeiro utilizar uma linguagem simples e acessível (n= 10) e o explicar à criança/jovem e família o procedimento a ser realizado (n= 9), apresentou um resultado excelente. Por último, quanto à prática de proporcionar espaço para colocação de dúvidas (n= 6), apresentou um resultado satisfatório.

O vínculo que se cria entre enfermeiro, criança/jovem e família, com base no respeito e empatia, recorrendo a uma comunicação efetiva e acessível a estes, permite-nos criar uma relação de confiança. No sentido em que, este núcleo familiar sente que é compreendido, respeitado e valorizado, contribuindo para o sucesso do tratamento e aceitação da hospitalização da criança (Ferreira, Amaral & Lopes, 2016).

No geral, os dados obtidos, através do instrumento de colheita de dados, foram bastante satisfatórios, uma vez que, a maioria dos indicadores avaliados, foram realizados por mais de metade da amostra em causa. Com estes dados, acreditamos estar no caminho certo e que, os mesmos refletem a boa prática de enfermagem na busca pela excelência da humanização dos cuidados. Em contrapartida, obtivemos um resultado desfavorável, nomeadamente no indicador, que pretendia avaliar se era permitido, os pais estarem junto do filho, quando este, necessitava de intervenções emergentes. Este dado, apesar de insatisfatório, leva-nos a colocar a hipótese de confrontar este resultado com outras variáveis, nomeadamente o stress dos pais e dos profissionais de saúde, insegurança dos profissionais, limitação do espaço físico e ainda, por questões de segurança.

Posto isto, acreditamos que esta problemática é extremamente importante e interessante e na impossibilidade de concluir a implementação do presente PI, consideramos importante dar continuidade ao mesmo, no sentido de cruzarmos outras variáveis, aos resultados atualmente obtidos.

### **3.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO**

A avaliação, é uma etapa que deverá ocorrer em vários momentos, durante a implementação de um projeto e pressupõe-se que seja realizada no final da implementação do mesmo, avaliação intermédia e avaliação final (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Uma das particularidades da Metodologia de Projeto, é contemplar uma avaliação contínua ao longo de todo o desenvolvimento, pois esta particularidade permite a redefinição dos objetivos, atividades planeadas e seleção dos meios, no sentido de melhorar a coerência, eficiência e eficácia do projeto a desenvolver (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De modo a operacionalizar a referida avaliação, pode-se recorrer ao uso de questionários, entrevistas com o orientador ou até discussão em grupo, pelo que, no seguimento

desta premissa, foram realizadas avaliações intermédias, no sentido de apurar a eficácia das ações implementadas e ao mesmo tempo reajustar estratégias face às dificuldades encontradas.

Na situação específica da implementação deste projeto, não foi possível a aplicação do mesmo na sua totalidade, por uma questão de limitação temporal. Contudo, foi possível executar algumas atividades que visaram contribuir para a capacitação dos enfermeiros e contribuir para a melhoria da prestação de cuidados humanizados à criança/jovem e família, em situação de especial complexidade.

Dentro destas atividades, apresentamos à equipa de enfermagem o dados obtidos através do instrumento de colheita de dados e confrontamos, numa atitude formativa, com a evidência científica atual.

Neste sentido e sendo este, um projeto que se encontra em fase de implementação, não foi possível realizar uma avaliação final do mesmo, que nos permitisse identificar os efeitos reais das atividade realizadas. Deixamos assim, o projeto em fase de execução até à sua total implementação, estando prevista a realização de uma avaliação global aquando da implementação do projeto na sua totalidade e posterior divulgação dos resultados.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS

O percurso formativo desenvolvido através da sucessão de estágios articulados entre si e direcionados para áreas de atuação diferenciadas, nos diferentes contextos, permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP na abordagem à criança/jovem e suas famílias, numa perspetiva holística, científica e personalizada.

Por definição, competências, advêm da aquisição de uma série de conhecimentos que promovem a interpretação, compreensão e resolução de problemas a outro nível (Porto Editora, 2014). Num paralelismo à enfermagem, as competências, permitem que o enfermeiro ultrapasse dificuldades e consiga desenvolver a sua cognição, favorecendo o processo de novas aprendizagens. Le Boterf (2003), defende a competência, como a capacidade manifestada pelo indivíduo na gestão eficiente de uma situação profissionalmente complexa, encontrando-se esta capacidade no domínio do saber fazer, saber ser e saber estar. O enfermeiro é responsável pelo desenvolvimento de estratégias nos vários contextos da sua praxis clínica, recorrendo às suas competências, para resolução dos eventos de maior complexidade, na sua área de especialidade. Pelo que, permite ao EE, mobilizar os novos conhecimentos, de forma íntegra e equilibrada, no sentido de tornar a sua atitude e capacidade de raciocínio adequada aos cenários mais exigentes (Le Boterf, 2003).

Neste âmbito, a prática reflexiva eleva-se num modelo de autoincentivo intelectual, na medida em que permite explorar as experiências realizadas, consolidar as novas aquisições e compreensão das competências adquiridas, para que possam ser integradas em crenças e normas de conduta (MacFarlane, 1998). Torna-se assim evidente, que refletir em enfermagem é imperativo, pois trata-se de uma ferramenta indispensável para alargar o corpo de conhecimentos integrados na prática. Esta premissa assume maior ênfase nos contextos de estágio, pois permite fazer a ponte entre os conhecimentos teóricos e os momentos de tomada de decisão na prática dos cuidados *in loccu* (Nuno Peixoto & Tiago Peixoto 2016).

O estágio assume extrema importância para o desenvolvimento da destreza e habilidade profissional fundamentados no conhecimento científico da disciplina de enfermagem. Este

princípio é defendido por Benner (2005), que considera a prática real um palco, no qual se promove o desenvolvimento do conhecimento clínico e a responsabilidade sobre a aquisição de experiência. O processo de cuidar obriga ao pensamento crítico através da realização de estudos em investigação ação, os quais resultam na construção de novos significados (Watson, 2002). Segundo Johns (2004), refletir sobre as intervenções deve ser um ato espontâneo, e quando realizado sistematicamente, conduz à formulação de novas perspetivas.

Perante este contexto e de forma a evidenciarmos a capacidade de reflexão crítica, relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer deste percurso académico, dedicamos o quarto capítulo do presente Relatório à análise deste processo, que complementa a descrição e análise crítica dos objetivos, atividades e intervenções inerentes ao EEESIP, desenvolvidas nos estágios. No decorrer da prática clínica, adquirimos e desenvolvemos competências comuns do EE e competências de Mestre.

### **4.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIROS ESPECIALISTA**

A Enfermagem como disciplina foi objeto de desenvolvimento em termos pedagógicos e progresso contínuo de cuidados de saúde, o qual culminou numa gradual complexidade de atuação, aumentando o leque de possibilidades e estratégias especializadas, em virtude de proporcionar ganhos sociais consideráveis em qualidade de vida (Amendoeira, 2009). O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros reconhece que este progresso é imperioso e confere ao enfermeiro um papel importante no seio da comunidade científica de saúde (OE, 2015).

A Enfermagem profissionalizante ganhou assim, o reconhecimento social pela sua intervenção autónoma, estruturando-se em vários ciclos de estudos: formação pré-graduada (licenciatura), formação pós-graduada (Especialidade), Mestrado e Doutoramento (Amendoeira, 2009).

Deste modo facilmente compreendemos a importância da especialização em enfermagem, de forma a estarmos capacitados para atuar nos mais diversos ambientes complexos e altamente diferenciados dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros especialistas têm um grupo de competências comuns, partilhadas e aplicadas aos cuidados de saúde primários, secundários e terciários (OE, 2019). Assim como, se destaca a vertente educativa/formativa, orientação, aconselhamento, liderança e profunda contribuição para a evolução da profissão com base na investigação científica (OE, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista são enquadradas em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento de aprendizagens profissionais, sobre as quais importa refletir.

### **4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal requer primeiramente um conhecimento sustentado dos pilares da disciplina. Estes conhecimentos foram construídos no decorrer de todo o percurso formativo e aprofundados no curso de mestrado em associação, onde tivemos a oportunidade de rever diplomas, conceitos, regras e normas de conduta, nomeadamente na unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem.

A tomada de decisão está intrínseca no pensamento ético e deontológico, determinando uma prática segura. No decurso dos ensinamentos clínicos agimos em consciência perante estes pressupostos, avaliando sempre a criança/jovem e família de uma forma sistemática e executando intervenções ponderadas e ajustadas às suas necessidades e preferências. A realização do EC no Estágio I assim como todas as tomadas de decisão, guiadas mentalmente pelo processo de enfermagem no Estágio Final são exemplos da forma como, em parceria com o doente tentámos resolver os seus problemas específicos, utilizando um leque alargado de opções.

O entendimento da responsabilidade ética e deontológica diz respeito a todos os enfermeiros e tem uma função vinculativa e normativa, constituindo um dos alicerces da sua prática (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Refletir sobre a prática dos cuidados com o intuito de melhorar a qualidade dos mesmos, deve estar assente no respeito pelos direitos dos cidadãos e a consciencialização do efeito que as nossas ações poderão provocar no doente. No decorrer dos estágios tivemos sempre presente que o julgamento e a tomada de decisão podem afetar significativamente a vida da criança/jovem e família, que têm o direito de receber cuidados de excelência, como tal, foi tido em consideração o juízo deontológico no cumprimento dos nossos deveres. Estes deveres “emergem em ligação à moral profissional e ao direito” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p. 10). Assim, enquadrando os conhecimentos jurídicos, nomeadamente o primado do Ser Humano (princípio da autonomia, justiça e beneficência), e normas de conduta adequadas, promovemos um exercício profissional suportado em decisões, princípios, valores e normas deontológicas.

O princípio geral que exige respeito pelos direitos humanos presente na alínea b) do ponto 2 do Artigo 78.º de código deontológico do enfermeiro (OE, 2009), foi cumprido com uma postura de defesa face aos referidos direitos. Inseridos numa área de especialidade onde o foco do cuidar está assente no binómio criança/jovem e família, procurámos respeitar os direitos da criança dando ênfase ao atendimento humanizado e indo de encontro às orientações do IAC, que no nosso país promovem a concretização desses mesmos direitos emanados pela convenção dos direitos da criança (IAC, 2009).

Face à temática da humanização dos cuidados, procuramos respeitar e alertar para o direito da criança à não separação dos seus pais, tal como é clarificado no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989), assim como na construção da grelha de observação (Apêndice 6), pois todos os domínios vão de encontro aos direitos da criança; e na concetualização da revisão integrativa da literatura (Apêndice 5). Por outro lado, procuramos promover o acesso dos familiares/pessoa significativa à informação clínica sobre o estado de saúde da criança/jovem, respeitando sempre a confidencialidade da informação e segurança dos dados. Acreditamos ter primado pelo respeito à privacidade, valores e diversidade cultural. Exemplos disso são, o planeamento e organização dos cuidados à criança/jovem nos diferentes contextos de estágio, assim como a monitorização continua dos sinais hemodinâmicos, nas unidades de cuidados intensivos neonatal e pediátrico, cujo intuito é aumentar a segurança do



doente antecipando a instabilidade fisiológica que poderia culminar numa paragem cardiorrespiratória.

Em suma, este domínio é o reflexo dos cuidados que prestamos ao longo dos quatro estágios, assim como na elaboração de todos os trabalhos realizados ao longo do desenvolvimento do PI em enfermagem. O sucesso na aquisição de competências neste domínio deve-se às tomadas de decisão conscientes e sustentadas nos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, tendo como princípios a segurança, privacidade e dignidade da criança/jovem e família.

### **4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A melhoria dos cuidados de enfermagem resulta da definição dos padrões de qualidade pela OE, que determina a constante implementação de sistemas de melhoria do exercício profissional (OE, 2001). Esta premissa, por sua vez, deve ser implementada pelas instituições de saúde e pela própria ordem profissional, assumindo-se um caminho multiprofissional organizado, simbiótico e interdependente. Em paralelo, ressalva-se a importância de atender à satisfação das necessidades de cuidados de saúde da comunidade, assim como a satisfação profissional, nomeadamente no acesso aos recursos adequados.

Em todos os contextos de estágio colaboramos na participação, conceção e concretização de projetos com planeamentos mais ou menos complexos na área da qualidade. Como exemplos, podemos identificar o desenvolvimento de uma ação de formação em SBV Ped. na UCC, no âmbito da saúde escolar, com o objetivo de sensibilizar as crianças do 7º ano de escolaridade sobre a importância do algoritmo do SBV Ped. e a abordagem ao doente pediátrico com obstrução da via aérea, assim como proceder ao treino de todas as etapas do mesmo. Na mesma unidade, realizamos também, uma ação de formação à equipa multidisciplinar, cujo objetivo foi sensibilizar a equipa para a importância dos cuidados humanizados. Colaboramos ainda, no cumprimento do registo de informação, nos sistemas de informáticos SCLinic® e Bico® nos quais, são registadas as intervenções instituídas ao recém

nascido, latente, criança, jovem e famílias, assim como, são realizados os agendamentos de futuras intervenções. O registo destes dados é de extrema importância, pois remetem-nos para os indicadores de qualidade definidos institucionalmente, nomeadamente o indicador de avaliação/reavaliação da dor.

A análise e planeamento estratégico para a construção da grelha de observação (Apêndice 6) teve por base a promoção da segurança e qualidade de vida do doente em idade pediátrica, tratando-se de um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde.

No que respeita à gestão do risco em saúde, sabemos que a adoção de estratégias com vista a alcançar este domínio reduz em larga escala os eventos adversos ou circunstâncias com potencial para causar o dano ao doente (Susana & Trindade, 2011). Deste modo, assumimos esta responsabilidade ao longo dos estágios, reunindo esforços para a promoção e aplicação de medidas de prevenção de acidentes. Estas medidas englobaram a prevenção de riscos ambientais, organizando o posto de trabalho e planeando mentalmente as intervenções de forma a prevenir riscos ambientais e a reduzir a probabilidade de erro humano. Um exemplo claro, é a administração terapêutica baseada nas orientações da DGS, relativamente à segurança na administração da medicação, aconselhando a utilização dos “9 certos na administração segura de medicamentos”. Tivemos, ainda, a oportunidade de conhecer na UCIP, o Pyxis®, sistema de fornecimento automatizado de medicação, o qual foi adotado na referida unidade com o intuito de aumentar a segurança e o cumprimento das políticas institucionais; gerir e monitorizar o consumo de estupefacientes e psicotrópicos; e otimizar a gestão dos medicamentos pela farmácia institucional. Além destas, participámos na manutenção e execução de medidas preventivas, protocoladas na prevenção e controlo da infeção, nomeadamente o cumprimento das orientações da DGS para as boas práticas da higiene das mãos nas unidades de saúde, de acordo com os “cinco momentos” (DGS, 2010).

Aprendemos também, que é extremamente difícil termos um ambiente terapêutico sem antes identificarmos a gestão do risco. Este pensamento deu-nos a capacidade de criar no meio envolvente as condições necessárias para o bem estar físico, psicossocial, cultural e espiritual da criança/jovem e sua família. Sendo um meio facilitador para estabelecer o vínculo enfermeiro-doente e favorecendo o sucesso terapêutico

#### 4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados surge como domínio inerente ao enfermeiro especialista e tem caminhado de mãos dadas com a evolução da enfermagem enquanto disciplina científica. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2000), reforça que a enfermagem deve assumir parte da responsabilidade de gestão nas instituições de saúde, cooperando para a sua sobrevivência, manutenção e sucesso. O enfermeiro especialista ao adotar o papel de líder, procura gerir os cuidados no âmbito da sua intervenção, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019).

A liderança combinada à gestão foi vivida sob a orientação das enfermeiras orientadoras de estágio, que simultaneamente acumulavam funções de chefia de equipa e funções na gestão de cuidados. Consideramos que se tornou evidente a importância que o enfermeiro chefe de equipa tem na liderança de uma equipa, pois é responsável por deliberar inúmeras decisões, baseadas nas melhores soluções exequíveis. Contudo é também ele reconhecedor das suas limitações, ressaltando a importância do trabalho em equipa e dos benefícios que essa metodologia tem na prestação de cuidados ao doente pediátrico e suas famílias, assim como na própria dinâmica de trabalho como gestor de conflitos. Em contexto de estágio não foi possível nem apropriado orientar decisões a este nível, uma vez que requer um elevado nível de competência, responsabilidade e conhecimento da dinâmica do serviço e da equipa, contudo tivemos a oportunidade de acompanhar a supervisão de tarefas e a avaliação da qualidade e segurança desses cuidados.

Nos quatro estágios, deparamo-nos com serviços que elevada complexidade e especificidade de cuidados, em que muitas vezes o chefe de equipa era apelado a resolver inúmeras situações, nomeadamente questões de organização do serviço, gestão de recursos humanos e materiais, como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a equipa de enfermagem ou inclusivamente na liderança da tomada de decisões numa situação urgente/emergente. Estes aspetos exercem uma forte pressão sobre o chefe de equipa na liderança e gestão de recursos, pelo que procuramos cooperar com a enfermeira orientadora, na otimização do trabalho da equipa, colaborando na distribuição de doentes pelos enfermeiros de

turno, atendendo ao seu nível de experiência e exigência dos cuidados. Associado a esta otimização surgia muitas vezes a necessidade de motivar a equipa.

Atendendo às situações vividas podemos observar o quão difícil é dar resposta às exigências de liderança e gestão, num país onde se exige tantos programas de qualidade em serviço, mas que em contrapartida se protela a contratação de enfermeiros e mantem as fortes políticas de contenção de custos. Posto isso, consideramos um domínio altamente exigente.

#### **4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A enfermagem é uma área fundamental na saúde, fornecendo contributos primordiais na promoção da qualidade de vida das pessoas em qualquer etapa do seu ciclo vital. Numa sociedade em constante mutação os enfermeiros devem acompanhar o progresso do conhecimento científico procurando adotar sempre as melhores práticas (Amendoeira, 2009).

Embora o percurso académico tenha fomentado inúmeras oportunidades de aprendizagem, permitindo fazer a ponte entre a teoria e a prática dos cuidados, este percurso também se traduziu numa permanente busca pelo autoconhecimento e pela identificação dos nossos limites pessoais e profissionais.

Consideramos ter percorrido um caminho de maturidade profissional extremamente importante no decorrer dos estágios, onde nos foi possível adquirir conhecimentos e competências como EE. Podemos também assumir que se tratou de um percurso fundamental para conseguirmos compreender o nosso potencial na relação com o próximo, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de saúde. O facto de termos tido a oportunidade de realizar os estágios numa diversidade e complexidade de contextos, em diferentes áreas geográficas, exigiu da nossa parte uma permanente adaptação a nível individual. Por sua vez, esta constante readaptação verificou-se altamente exigente, tendo tido um forte impacto na gestão de sentimentos e emoções. Contudo, refletindo sobre esses momentos acreditamos terem sido

extremamente importantes no desenvolvimento da auto e hétero-percepção, e acreditamos que será extremamente importante na resolução de conflitos internos e externos.

A aquisição de conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de competências de EE e neste processo foi fundamental o enriquecimento científico através dos trabalhos académicos e científicos realizados ao longo deste percurso, destaca-se o EC, a realização de formação em serviço, a revisão integrativa da literatura (Apêndice 5) e o PI em enfermagem. Este progresso permitiu-nos alicerçar os processos de tomada de decisão e as intervenções realizadas, baseadas na “praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento” (OE, 2019, p. 4746), o que nos permite assumir um papel dinamizador nos processos de aprendizagem e investigação.

#### **4.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

A Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria abrange a prestação de cuidados desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo a idade ser alargada em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência, para os 21 anos de idade.

Como especialista nesta área, a prestação de cuidados, reflete um nível de cuidados avançados, primando, pela segurança, competência e satisfação da criança/jovem e família. Não descurando, o universo da criança, pelo que procuramos eliminar barreiras e introduzir instrumentos de custo efetivo, assim como a gestão da segurança do cliente (OE, 2018).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2011), a missão do EEESIP é prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança /jovem, saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar

recursos de apoio à família. Agindo como propósito no trabalho em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto que a mesma se encontre, sejam eles, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de modo a promover o mais elevado de estado de saúde possível. Consideramos, assim, ter espelhado no nosso percurso, o supracitado, através dos locais de estágio selecionados.

Relativamente às competências do enfermeiro especialista em ESIP, consistem na: assistência à criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde; cuidar da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade; prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Pelo que, a oportunidade de realizar estágios em diferentes contextos, permitiu-nos aproveitar todas as vivências e com isso adquirir e desenvolver competências na nossa área de especialização.

Como futuros enfermeiros especialistas em ESIP objetivamos, durante todo o nosso percurso de formação especializada, em particular no decorrer da prática clínica, prestar cuidados de enfermagem com vista a alcançar a maximização da saúde da criança/jovem e família. A qual abarca um estado de completo bem estar físico, social e mental, tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2018).

Se de fato, se preconiza que o enfermeiro deve olhar para o doente de uma forma holística e prestar cuidados atendendo às suas necessidades, em todas as áreas do ser humano, quando nos referimos aos cuidados prestados à criança/jovem e família com doença oncológica, esta premissa assume especial relevo, pois deparamo-nos com crianças e famílias com um medo avassalador que muitas vezes não é verbalizado, mas que se subentende através do olhar, o que nos permite realçar a importância da comunicação não verbal. De fato é necessário desenvolver um trabalho interior e aprimorar a nossa capacidade de resiliência, para que num todo, consigamos prestar cuidados com qualidade e dar respostas adequadas às necessidades da criança/jovem e família com doença oncológica.

Ter consciência das emoções contidas nas palavras dos pais, ávidos por um gesto de conforto que sossegue a dor, que lhes está implícita e ter a capacidade de gerir as nossas emoções, de modo a não transparecer um olhar de desânimo, são situações claramente difíceis

de lidar, contudo tornaram-se igualmente, uma grande oportunidade de aprendizagem. Diogo (2006) refere que, aprender a conhecer, a compreender e a analisar as emoções e os sentimentos, constitui por si só, uma forma de lidar com os estados emotivos e com o sofrimento emocional das situações. O que implica uma perceção da experiência humana e dos sentimentos na prática de cuidar, por meio da consciência, que vai aproximar as pessoas e permitir cuidar na totalidade da personalidade humana.

Utilizar uma comunicação assertiva, respeitando a cultura, crenças, religião e capacidade de compreensão dos pais, foi desde sempre uma preocupação nossa. Pelo que, recorremos sempre, ao uso de uma linguagem simples e passível de ser facilmente compreendida. O que vai de encontro ao critério de avaliação E 1.1.2., da unidade de competência E.1.1. das competências específicas do EEESIP, pois consideramos ter recorrido a estratégias de comunicação apropriadas e culturalmente aceites (OE, 2018).

Foram muitas as experiências vividas no serviço de oncologia pediátrico, contudo houve uma em particular, que teve grande impacto. Falamos de prestar cuidados a uma criança em fim de vida. Revelou-se extremamente doloroso. Essencialmente por abordarmos uma faixa etária, na qual se espera, seja repleta de saúde, vivacidade e alegria de viver. Contudo, essa realidade nem sempre é permanente e cabe-nos a nós enquanto enfermeiros e principalmente enquanto EEESIP assumir uma ótica de cuidar minuciosa e estar desperto para todas as particularidades desta fase final. A morte em idade pediátrica é um momento, particularmente árduo em termos emocionais, para todos os atores envolvidos no processo. Durante este percurso tivemos sempre presente o quão relevante é este percurso, pelo que procurámos dignificar a morte e aplicámos conhecimentos e capacidades promotoras do processo de luto, o que vai de encontro ao critério de avaliação E 2.1.3. da unidade de competência E 2.1. das competências de EEESIP (OE, 2018).

Simultaneamente, as oportunidades de contato direto com a criança/jovem e família com doença oncológica, possibilitaram-nos refletir, em simbiose, sobre a adaptação dos mesmos à doença e ajudando-os neste processo. O que nos permitiu ir ao encontro dos critérios de avaliação E 2.5.3. e E 2.5.5. da unidade de competência E 2.5., competências de ESIP, na medida em que, respetivamente, promovemos uma relação dinâmica com a criança/jovem e

família com o intuito de os capacitar à adaptação da doença e permitiu-nos desenvolver e demonstrar na prática estratégias impulsionadoras de esperança (OE, 2018).

Na prestação de cuidados, tivemos sempre em consideração a importância de integrar os pais na prestação de cuidados, pelo que, procurámos sempre incluir os pais, desde que os mesmos assim o desejassem, na maioria dos cuidados prestados às crianças/jovens, tais como, os cuidados de higiene e conforto, assumindo o modelo de parceria de cuidados, onde os pais eram incentivados a participar e colaborar nos procedimentos, o que nos permitiu capacitá-los rumo à independência e ao bem estar da criança/jovem, indo de encontro ao critério de avaliação E 1.1.1. (OE, 2018).

Na UCIN, sempre que o estado clínico do recém nascido o permitisse, incentivávamos os pais a fazerem contato pele a pele com o seu bebé, recorrendo ao método de canguru. Este permite aos pais, participarem ativamente nos cuidados neonatais e deve ser feito o mais precocemente possível e por tempo indeterminado. Recorremos a este método diversas vezes, entre as quais, para a realização de alguns procedimentos dolorosos e após os cuidados de higiene e conforto, pois este contato diminui o índice de stress e favorece o bem-estar e conforto dos neonatos. Estas estratégias permitiram-nos adquirir o critério E 1.1.5., pois procurámos trabalhar em conjunto com a família, adotando comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018). Mais uma vez este cuidado vai de encontro à humanização dos cuidados na UCIN e apresenta inúmeros benefícios para o desenvolvimento biopsicossocial.

Tivemos também, a oportunidade de prestar cuidados a um recém nascido (RN) de termo, com síndrome de abstinência neonatal (SAN). Segundo os consensos de neonatologia da SPP (2013), esta síndrome resulta da exposição *in utero* a algumas drogas e ocorre aquando a cessação brusca de exposição à mesma, após o nascimento, resultando frequentemente em taxas de morbilidade aumentada e consequentemente, num internamento hospitalar prolongado. No caso em concreto, tratava-se de um RN de termo, aparentemente saudável, desejado pelos pais. Contudo, sabemos que existe uma panóplia de sinais e sintomas que se manifestam algumas horas após o parto, sendo que o início destes, varia de acordo com o tipo de tóxico consumido, idade gestacional do recém nascido, o tempo decorrido entre a última toma e o parto e o uso concomitante de outras drogas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2013). Atendendo a estas particularidades, os cuidados a este recém nascido, eram dirigidos de



forma a minimizar o desequilíbrio fisiológico, alterações do sistema nervoso central, gastrointestinal e sistema nervoso autónomo, consequentes da abstinência.

Posto isto, procedemos a uma avaliação sistemática, objetiva e frequente do RN, recorrendo à aplicação da Escala de Fennigan, a cada 4 horas, o que nos permite determinar a gravidade do SAN, assim como a necessidade de uso de analgésicos. Segundo os consensos da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013), o tratamento dos RN com SAN, consiste no tratamento de suporte, através da diminuição do estímulo sensorial e aleitamento materno, desde que não haja contraindicação para este último, tais como consumo de outras drogas por parte da mãe (anfetaminas, heroína, álcool, entre outras) e mãe seropositiva para HIV. O objetivo das ações de suporte são manter os padrões de sono e alimentação o mais normal possível. Contudo, por vezes é necessário recorrer ao tratamento farmacológico, sendo que o recurso a este, depende da avaliação da Escala de Fennigan, ou seja, se o score de avaliação for igual ou superior a oito em três avaliações consecutivas, igual ou superior a 12 em duas avaliações consecutivas ou se o RN apresentar episódios convulsivos (SPN, 2013).

O planeamento de cuidados dirigido a este recém nascido e família, permitiu-nos dar resposta à unidade de competência E 1.1., nomeadamente nos critérios de avaliação E 1.1.6. e E 1.1.7. (OE, 2018). Esta última, ao incluir o trabalho em parceria com a assistente social, uma vez que esta, assume um papel fundamental como elo de ligação com a rede de cuidados exterior para que possamos em conjunto, capacitar esta família na reinserção social. Este caso permitiu-nos ainda, desenvolver competências no âmbito do diagnóstico precoce de situações de risco que possam colocar em causa a vida e a qualidade de vida do recém nascido (OE, 2018). Deste modo, consideramos ter ido de encontro à unidade de competências E. 1.2., pois consideramos ter identificado possíveis situações de risco para o recém nascido (OE, 2018).

No sentido de desenvolver unidade de competência E 2.1., reconhecendo situações de instabilidade hemodinâmica e risco de morte (OE, 2018), procedemos à monitorização continua das funções vitais do recém nascido e todos os procedimentos a eles dirigidos, eram desenvolvidos com o intuito de recuperação do equilíbrio hemodinâmico. A vigilância das funções vitais do RN é extremamente importante, assim como, a correção precoce de qualquer alteração identificada. As gasimetrias capilares realizadas, permitiu-nos um melhor e adequado controlo da função respiratória e consequentemente hemodinâmica procedendo a ajustes nos

parâmetros ventilatórios, pois como sabemos em neonatologia e pediatria em geral, uma alteração da função respiratória se, não corrigida adequadamente em tempo útil, irá desencadear um desequilíbrio do estado hemodinâmico e consequente agravamento da situação clínica do RN. Posto isto, consideramos ter ido de encontro aos critérios de avaliação E 2.1.1 e E 2.1.2 (OE, 2018).

O Programa de Cuidados Individualizados, permitindo-nos prestar cuidados centrados no desenvolvimento do RN e na família. A filosofia denominada de NIDCAP®, visa minimizar o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN fora do útero materno (Santos, 2011), com o intuito de promover um desenvolvimento cerebral harmonioso e a inclusão dos pais nos cuidados ao RN. Estes cuidados têm um reflexo quase imediato na estabilidade das funções vitais do RN, assim como no futuro, têm benefícios na capacidade cognitiva e emocional do mesmo. Para prestar cuidados que fossem de encontro a esta filosofia tivemos em consideração o controlo do estímulos auditivos, diminuindo os ruídos externos, controlo dos estímulos visuais diminuindo os focos de luz e protegendo as incubadoras, controlo da dor, através de medidas não farmacológicas (sucção não nutritiva, administração de sacarose, contenção do RN e mudanças de posicionamentos, contato pele a pele com a mãe ou pai) ou medidas farmacológicas para o alívio da dor. Esta última, monitorizada através da utilização da escala de dor EDIN (Echelle Douleur et D'inconfort du Nouveau-Né), escala adequada aos RN, incluindo prematuros com idade gestacional igual ou superior a 25 semanas, desde o nascimento até aos 3 meses de vida (Batalha, Santos & Guimarães, 2003). Posto isto, consideramos ter dado resposta à unidade de competências E 2.2., na medida em que realizámos uma gestão diferenciada da dor e bem-estar do RN, potencializando as suas resposta (OE, 2018), assim como, fomos de encontro à unidade de competência E 2.4., pois promovemos cuidados promotores de ganhos em saúde, recorrendo a intervenções comuns e complementares suportadas pela evidência científica.

No âmbito da UCC, em concreto nas sessão de IPI, fizemos uso da Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil (SGS II), o que nos permitiu identificar quais as competências, da criança, que se encontram alteradas ou em risco e de acordo com estas, procedeu-se à elaboração do plano de atuação. Cujo intuito é promover um desenvolvimento saudável da criança. Este plano de atuação pode requerer o trabalho em parceria com diferentes profissionais, sejam eles, enfermeiro, fisioterapeuta, educador, terapeuta da fala e assistente

social ou requerer a abordagem de apenas um profissional, dependendo das competências afetadas. O que nos permitiu ir de encontro ao critério de avaliação E 1.1.7., uma vez que a cooperação entre profissionais, permite-nos estabelecer uma rede de cuidados e recursos comunitários que dão suporte à criança/família, com necessidade de cuidados (OE, 2018). Todo este planeamento, permitiu-nos ir de encontro aos critérios de avaliação E 2.5.1., E 2.5.3., E 2.5.4 e E 3.2.7. (OE, 2018). Permitiu-nos ainda, ir de encontro às unidade de competência E 1.1.6. e E 1.1.10. (OE, 2018), na medida em que articulávamos contatos com as redes de suporte comunitário.

Relativamente às unidades de competência E 2.1., E 3.1. e E 3.2., tivemos a oportunidade de as adquirir através da participação em várias atividades, entre as quais, destacamos a consulta de saúde infantil que, apesar de ser parte integrante da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), tivemos a oportunidade de colaborar com a EEESIP. No decorrer das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, pudemos aproveitar as oportunidades para proceder à avaliação das crianças e respetivas famílias, de acordo com os critérios de avaliação recomendados no PNSIJ, assim como abordar as questões dos cuidados antecipatórios, também estes imprescindíveis à maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil. Estas consultas são um momento oportuno para avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança, de modo a promover um crescimento e desenvolvimento adequado do mesmo, mas também imprescindível para avaliar e promover o vínculo afetivo entre latente e pais; realizar e reforçar ensinamentos relativamente à amamentação, esclarecendo dúvidas relativamente à temática, auxiliando a mãe nas questões práticas dos sinais de boa pega e os benefícios que a amamentação representa para o bebé; abordar questões de saúde e bem-estar da criança e família, de modo a permitir a capacitação dos pais na gestão dos cuidados de saúde e consequentemente obter a majoração da mesma e ensinamentos sobre a vacinação. Relativamente aos ensinamentos, reforçamos, aos pais, as questões de segurança, nomeadamente no que respeita a questões de acidentes domésticos, transporte do latente nos sistemas de retenção e os malefícios de exposição da criança a agentes tóxicos. Esta atuação permitiu-nos ir de encontro aos critérios de avaliação E 1.2.7, E 1.2.8., E 3.1.1., E 3.1.2., E 3.1.3., E 3.2.1., E 3.2.2., E 3.2.4., E 3.2.5. e E 3.2.6. (OE, 2018).

Tivemos também, a oportunidade de proceder ao encaminhamento de um latente de 1 mês, para a unidade hospitalar mais próxima, uma vez, que este apresentava um granuloma na

cicatriz umbilical e naquele momento não possuíamos recursos materiais necessários para executar o devido tratamento. Este encaminhamento levou-nos aos critérios de avaliação E 1.2.1 e E 1.2.2. (OE, 2018), uma vez que identificámos uma situação comumente frequente nos latentes e procedemos ao seu encaminhamento para uma unidade hospitalar diferenciada.

Ainda na UCSP, foi-nos permitido colaborar com a EEESIP no acolhimento de uma criança e família no Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI). Este grupo tem como objetivo prestar apoio no âmbito da saúde mental infantil, em contexto de cuidados de saúde primários, a crianças e jovens, entre os 3 e os 13 anos de idade, com a colaboração e articulação do Hospital Pediátrico de Dona Estefânia (ARS, 2011). É constituído por uma equipa multidisciplinar, na qual colaboram enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas e assistente social, os quais trabalham em parceria no sentido de promover um desenvolvimento harmonioso da criança. Nesta situação em concreto, foi a própria família a fazer o pedido de ajuda ao seu médico de família, que por sua vez concretizou a referenciação da criança para o GASMI, partindo deste ponto, foi agendada uma reunião entre enfermeira EESIP e a criança/família e procedemos à entrevista de acolhimento. Durante esta entrevista é preenchido o formulário específico para o efeito, onde são registados vários critérios tais como: dados da criança; contexto sociofamiliar; motivo do pedido; história pré-natal e nascimento; dados do desenvolvimento da criança; atividades de vida diária; percurso escolar; antecedentes familiares; história clínica e é ainda, oferecido à criança uma folha em branco na qual lhe é pedido que faça um desenho ao seu critério, o qual é avaliado posteriormente pela psicóloga na reunião de triagem. Após o acolhimento, segue-se a reunião de triagem, na qual o caso é apresentado à equipa multidisciplinar e decide-se se estão reunidos os critérios de inclusão para a criança e família integrarem o GASMI e o tipo de intervenção a ser desenvolvida, em função da idade e problemática identificada. A possibilidade de colaborar na reunião de acolhimento e reunião de triagem, permitiu-nos ir de encontro aos critérios de avaliação E 1.2.3., E 1.2.4., E 1.2.5. e E 1.2.6. da unidade de competência E 1.2. (OE, 2018).

Relativamente à UCIP, geralmente caracterizada por ser uma unidade de elevada complexidade, que visa prestar cuidados de forma integral e contínua à criança gravemente doente ou com descompensação orgânica, potencialmente instável e que necessite de equipamentos e cuidados especializados (Feitosa, Francelino, Ferreira, Santos & Sanchez, 2011). Pressupõe o recurso a um vasto leque de intervenções por parte do enfermeiro e espera-

-se que o mesmo seja capaz de antecipar e identificar sinais de instabilidade hemodinâmica, através de uma monitorização e vigilância contínua do estado da criança e do jovem. Permitindo a manutenção ou restabelecimento das funções vitais o mais cedo possível, em busca da promoção e maximização da saúde e qualidade de vida.

Para os enfermeiros, a UCIP apresenta novos e contínuos desafios para a sua prática diária, exigindo destes profissionais o mais elevado rigor e qualidade nos cuidados prestados. A par deste, exige igualmente, versatilidade para se readaptar constantemente às situações experienciadas, assim como, o trabalho em equipa, pois num todo, estes três pressupostos conduzem-nos ao êxito dos cuidados prestados às crianças/jovens e respetivas famílias internadas na UCIP. No exercício da sua prática profissional, o enfermeiro, procura a excelência do cuidar o que exige da sua parte uma atualização e investimento constante na procura e garantia de melhores cuidados (OE, 2009).

A realização do estágio da UCIP permitiu-nos desenvolver e adquirir competências de EESIP, essencialmente no âmbito da unidade de competência E 2.1., reconhecendo situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (OE, 2018), e proporcionou-nos a oportunidade de prestar cuidados de qualidade à criança/jovem e família em diferentes situações clínicas, as quais requeriam uma panóplia de cuidados diferenciados e especializados que fosse de encontro às suas necessidades.

Tivemos a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem específicos à criança/jovem com ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não invasiva (VNI), desde a intubação endotraqueal eletiva e de emergência, até à extubação eletiva dos mesmas, com todos os cuidados intrínsecos à mesma. O que nos permitiu desenvolver e aplicar conhecimentos no âmbito da preparação de material inerente à intubação; na preparação dos ventiladores, na observação, vigilância e monitorização da criança/jovem ventilada; na avaliação da função respiratória; na avaliação da sincronia criança-ventilador; na avaliação dos parâmetros ventilatórios; na configuração, interpretação e resposta de alarmes ventilatórios; na preparação, administração e avaliação da resposta farmacológica à analgesia, curarização e sedação; na promoção do conforto da criança/jovem e família; na avaliação da dor; nos posicionamentos; na aspiração de secreções endotraqueais; e no transporte da criança/jovem ventilado para outros

serviços do hospital. Estas atividades permitiram-nos desenvolver e adquirir competências no âmbito das unidades E 1.1.; E 1.2.; E 2.1.; E 2.2.; E 2.3.; E 2.4.; e E 2.5. (OE, 2018).

A par das competências técnicas, proporcionar uma relação terapêutica com a criança/jovem e família, baseada nos princípios da comunicação assertiva e promovendo um ambiente seguro e acolhedor, permitiu-nos intensificar a relação entre enfermeiro – criança/jovem – família, reforçando assim, o papel de enfermeiro de referência e permitindo que juntos consigam ultrapassar os momentos de crise inerentes ao internamento e à condição clínica da criança/jovem. Estas intervenções permitiram-nos adquirir a unidade de competência E 3.3., na medida em que pautámos por uma comunicação apropriada ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem, respeitando as diferenças culturais (OE, 2018).

Na UCIP é igualmente importante reconhecer a família como um elemento essencial e assim, integrá-lo na participação dos cuidados à criança/jovem, pois só deste modo possibilitamos o reconhecimento e o respeito das necessidades da criança/jovem (Bolela & Correa, 2015).

Das inúmeras experiências vividas ao longo dos estágio, é igualmente importante realçar o trabalho desenvolvido, nomeadamente na assistência da criança/jovem e família com doença crónica/oncológica. Muitas destas crianças/jovens sem hipótese de cura, numa fase aguda da doença requerem assistência nos cuidados intensivos, a fim de tratar doenças oportunistas ou alívio de sintomas, que lhes permitam melhorar a sua qualidade de vida (Feitosa, Francelino, Ferreira, Santos & Sanchez, 2011). Estas atividades permitiram-nos desenvolver a unidade de competência de EEESIP E 2.5., pois buscamos a promoção e adaptação da criança/jovem e família com doença crónica/oncológica (OE, 2018).

Consideramos este trajeto, bastante enriquecedor, no qual nos foi permitido prestar cuidados especializados e individualizados à criança/jovem e família, tendo sido um catalisador de aprendizagens. Esta dinâmica concedeu-nos a aquisição, partilha de experiências e conhecimentos com equipas proativas, que prestam cuidados em prol da maximização da saúde da criança/jovem e família, garantindo cuidados de excelência. Fundamentalmente, proporcionou-nos momentos de aprendizagem que nos possibilitaram o desenvolvimentos de

competências de EEESIP e foi extremamente importante para a fundamentação e desenvolvimento do PI, através da pesquisa científica no âmbito da humanização dos cuidados.

#### **4.3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE**

A especialização em enfermagem que procurámos desenvolver ao longo de todo o percurso formativo, foi coerentemente alicerçada na evidência científica. O que permitiu aprofundar conhecimentos na área da enfermagem da saúde da criança e do jovem, traduzindo-se na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, assim como nos possibilitou alcançar a capacidade de entendimento ao nível de Mestre.

Atualmente, o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, está regulamentado no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, o grau de mestre pode ser concedido numa área de especialização.

O presente percurso académico inserido na área de especialização ESIP, decorreu ao nível teórico, em sala de aula, e teórico-prático em quatro contextos de estágio. Esta metodologia permitiu-nos aprofundar os conhecimentos assimilados na Licenciatura em Enfermagem, facultando inúmeras oportunidades de novas aprendizagens em diferentes contextos de estágio. Estes contextos de aprendizagem até então desconhecidos, foram compreendidos como momentos únicos e oportunos para melhorar capacidades e desenvolver competências. Foi através deste fio condutor de pensamento, que participámos de forma proativa quer em projetos das respetivas unidades onde decorreram os estágios quer no diagnóstico, planeamento intervenção e avaliação de novos projetos inseridos na área de interesse da nossa linha de investigação. De entre estes projetos destacamos a formação em serviço sobre SBVP (Apêndice 2) e Humanização do Cuidados à Criança/Jovem e Família (Apêndice 4), assim como ações de educação para a saúde na promoção de hábitos de vida saudáveis e aquisição de comportamento adequados.

A existência e recurso ao processo de enfermagem, fundamentado na evidência científica, permitiu-nos estruturar o pensamento e tomar decisões fundamentadas, o que se tornou o aliado perfeito no desenvolvimento da compreensão e resolução de problemas, nos diferentes campos de atuação. Inclusive podemos aludir que o processo de enfermagem é, em muito, semelhante ao trabalho de investigação. Segundo Andrade (2005), citado por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p. 7) “O Processo de Enfermagem é considerado uma metodologia de trabalho que permite prosseguir das etapas de identificação de problemas até a resolução e/ou minimização dos mesmos (...)”. Em analogia, a metodologia de trabalho de projeto foi utilizada na realização do PI em serviço durante o estágio final e possibilitou seguir a linha de investigação escolhida na promoção da segurança e qualidade de vida da criança/jovem e família.

A construção do PI dedicado ao reconhecimento dos indicadores frequentemente presentes na prestação de cuidados à criança/jovem e família, fundamentada no conhecimento científico e desenvolvido com recurso a instrumentos de investigação e gestão, permitiu-nos consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do processo teórico de aprendizagem e nos quatro estágios, articulados entre si. Este processo de aprendizagem permitiu-nos, ainda, emitir juízos fundamentados no processo de aprendizagem, com a consciencialização das responsabilidades a nível ético e social de modo a não causar qualquer tipo de dano, pelo que acreditamos ter seguido uma conduta profissional e humana assertiva, sem nunca esquecer a deontologia profissional da enfermagem.

Quanto ao conhecimento e capacidade de compreensão que desenvolvemos a um nível complexo, nomeadamente na área da criança/jovem e família, acreditamos que nos irá conduzir pelo caminho da crescente autonomia, à qual está inerente uma colossal responsabilidade. Segundo Nunes (2006, p. 1), “(...) a autonomia e a responsabilidade são fundantes da centralidade nos cuidados, na tomada de decisão”. Consequentemente, assumir novas responsabilidades obriga o enfermeiro a manter uma conduta crescente de aprendizagem ao longo da sua vida profissional, com o intuito de alcançar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo sempre em consideração o respeito pelas respostas humanas face aos processos de vida e problemas de saúde. Evocando esta premissa, mas recorrendo à investigação cujo alicerce assenta na prática baseada na evidência, reunimos construtos éticos



e deontológicos, de modo a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica, procurando sistematicamente a excelência dos cuidados.

Por fim, podemos deduzir que o desenvolvimento das competências específicas de EEESIP e competências comuns do enfermeiro especialista, com recurso à investigação, inovação e aprofundamento de conhecimentos contribui para a obtenção de mestria (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Terminamos assim, este ciclo de estudos com a consciência que o Enfermeiro Mestre é depositário de uma elevada capacidade, permitindo o desenvolvimento contínuo da Enfermagem enquanto disciplina.

Face ao exposto, consideramos que formação especializada permite fazer a diferença com manifestos benefícios, recorrendo a um conjunto de conhecimentos, provenientes da investigação e do rigor científico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Relatório de Estágio permitiu-nos documentar o percurso formativo, inteiramente vital, para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, específicas de EEESIP e de Mestre. No decorrer deste percurso académico abraçamos as diversas oportunidades de aprendizagem, realizámos várias pesquisas, desenvolvemos conhecimentos, aptidões, habilidades e usufruímos de contextos promotores do conhecimento técnico-científico, enfrentando as limitações e dificuldades do dia a dia, com vista à concretização dos objetivos e à produção de resultados.

A construção do enquadramento concetual permitiu-nos aprofundar conhecimentos na área de interesse, enquadrada na linha de investigação, e revelou os benefícios que a investigação tem sobre o nosso campo de saberes com a introdução de novas aprendizagens. Este construto, possibilitou fundamentar as escolhas e os caminhos que projetámos seguir com base na teorização e na evidência científica, dando ênfase à Enfermagem como disciplina titular de conhecimentos distintos e utilizando um leque de teorias que explicam os seus fenómenos desde um nível abstrato até um nível mais concreto.

O Relatório de Estágio integrou a metodologia de trabalho de projeto e foi na base destes pressupostos e no cumprimento das suas etapas, que procurámos desenvolver o PI em serviço, no estágio final. Esta metodologia, além de promover uma mudança, estimulou o desenvolvimento de competências, nomeadamente na resolução ou minimização do problema diagnosticado. No nosso entender, o recurso à investigação-ação e o trabalho em equipa foram dois pilares imprescindíveis para alcançar os objetivos propostos, que caracterizam a metodologia de trabalho de projeto. Posto isto, a investigação foi objetivamente afunilada na resolução de um problema específico através de intervenções, no contexto da prática real dos cuidados, nos quais foram aproveitados todos os contributos dos elementos da equipa de enfermagem e orientadores que livremente, demonstraram o seu interesse em colaborar nas diversas fases do projeto. A flexibilidade desta metodologia foi outro aspeto determinante, que revelou ser vantajoso, dado que, à semelhança do processo de enfermagem, permitiu-nos seguir um caminho dinâmico com possibilidade de ser reorientado sempre que necessário.

Através da realização do projeto tivemos a oportunidade de sensibilizar os enfermeiros com quem trabalhamos, para o impacto positivo que a humanização dos cuidados tem, sobre a melhoria e qualidade dos nossos cuidados nas crianças/jovens e famílias que cuidamos.

A oportunidade de realizar estágios na área da saúde infantil e pediátrica, desde os cuidados de saúde primários, oncologia pediátrica até às unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, contribuíram para o crescimento gradual e autónomo das competências comuns e específicas de EEESIP, assim como, nos permitiu delinear um caminho promotor ao desenvolvimento do projeto de estágio, na nossa área de interesse. A par deste percurso, foi realizada uma análise crítica e reflexiva, ao longo deste relatório, através da qual, se pretende fomentar as competências de Mestre, assumindo desde já, a responsabilidade acrescida, no âmbito da investigação, através da qual aprofundamos conhecimentos que suportam a excelência do cuidar.

A construção deste projeto, motivou-nos ainda, à realização de um artigo de revisão integrativa da literatura (Apêndice 5), que sintetizou o conhecimento sobre as vantagens que os cuidados humanizados têm sobre cuidados prestados à criança/jovem e família, melhorando assim a prática clínica. Foi perentório, que o sucesso terapêutico é diretamente proporcional à relação de empatia que se estabelece com a criança/jovem e família, assim como o envolvimento desta última na prestação de cuidados.

Pela diversidade de situações vivenciadas, nos diferentes contextos de estágio, consideramos ter tido experiências de prática clínica de grande aprendizagem e extremamente enriquecedoras. O que nos permitiu transpor e aplicar no contexto prático, os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado.

O término desta etapa marca o início de uma nova visão sobre o cuidar em enfermagem, essencialmente no cuidar da criança/jovem e família, direcionado para uma intervenção mais proactiva, fundamentada na evidência científica, na busca pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assumimos assim, a responsabilidade de dar continuidade ao trabalho iniciado sobre a problemática da humanização, no cuidado pediátrico, divulgando-o, pois consideramos ter desenvolvido competências, para dar resposta a uma área em constante desenvolvimento, garantindo assim, a excelência da prestação de cuidados de enfermagem.

Através do percurso académico realizado, consideramos ter adquirido e desenvolvido competências de EEESIP e de Mestre em Enfermagem, as quais contribuíram para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, em prol da saúde e bem-estar das crianças, dos jovens e das famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Algarve (2016). Unidade de Cuidados na Comunidade D'Alagoa iniciou atividade em Lagoa. In Serviço Nacional de Saúde. Recuperado a 3 de janeiro de 2019 em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/noticias/unidade-de-cuidados-na-comunidade-dalagoa-iniciou-atividade-em-lagoa/>
- Administração Regional de Saúde do Algarve (2011). Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI) do Algarve promoveram Encontro Regional para assinalar 10 anos de existência e debater futuro do projecto. In *Serviço Nacional de Saúde*. Recuperado a 28 de outubro de 2018 em <https://www2.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3056>
- Fundação Álvaro Penteado. (2016). *Manual APA: Regras gerais de estilo e formatação de trabalhos académicos*. São Paulo: FECAP. Disponível em <file:///C:/Users/pc/Downloads/Manual-APA.pdf>
- Alves, A. R., Chaves, E. M. C., Freitas, M. C., & Monteiro, A. R. (2007). Aplicação do processo de enfermagem: Estudo de caso com uma puérpera. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 344–347. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a19.pdf>
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13(1). Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_1\\_2-12%282%29.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_2-12%282%29.pdf)
- Assembleia da República (1999). Lei n.º 147/99 de 1 setembro. Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 204, 6115 – 6132. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/581619>
- Assembleia da República (2009). Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 180, 6528 – 6550. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/490239>
- Assembleia da República (2014). Lei n.º 15/2014 de 21 de março: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 57, 2127 – 2131. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/571943>

- Barreto, A. P. & Inoue, K. C. (2013). Assistência humanizada em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): A importância dos profissionais de enfermagem. *Revista UNINGÁ*, 15 (1), 66 – 71. Disponível em [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130724\\_215700.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130724_215700.pdf)
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2003). Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediatr Port.* 34 (3), 159-163. Disponível em [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423\\_temas\\_de\\_atualizacao\\_201.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf)
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª). Coimbra: Quarteto.
- Bermejo, J. C. (2008). *Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores*. Petrópolis: Vozes
- Bettinelli, L. A., Waskiewicz, J. & Erdman, A. L. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O mundo da saúde*, 27 (2), 231-239. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/digital/is\\_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf)
- Bolela, F., & Correa, A. K. (2015). A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 4(1), 4–10. Doi: 10.26694/reufpi.v4il.2726
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Canário, R. & Rummert, S. (2009). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa.
- Carneiro, R. (2005). *Casa Pia de Lisboa. Um Projecto de Esperança: As estratégias de acolhimento das crianças em risco – relatório final*. (2ª ed.). Cascais: Principia.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker (Ed.), *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.

- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advance Nursing*, 22 (6), 1058-1062. Doi: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Christo, F. H. (2014). Programa nacional de acreditação em saúde. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde Direcção-Geral da Saúde.
- Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 157, 4147 - 4182. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. ( 5ª ed.). Lisboa: Lidel-edições técnicas Lda e SEP
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2.ª). Loures: Lusociência.
- Corbani, N., Brêtas, A., Matheus, M. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: O que é isso. *Rev Bras Enferm*, 62(3), 349-354. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>.
- Descartes, R. (2006). *Discurso do método, introdução e notas de Étienne Gilson*. (J. Gama, Trad.). Lisboa: Edições 70
- Deslandes, S.,F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>.
- Deslandes, S. F., Lamego, D. T. C. & Moreira, M. E. (2005). Challenges for humanization of care in a surgical neonatal intensive care unit. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 669-675. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a23v10n3.pdf>
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivovivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. (2ª ed.). Loures: Lusodidacta

- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/enfru/Downloads/i021971.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Recuperado a 19 de outubro de 2018 em <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>
- Feitosa, S., Francelino, S., Ferreira, G., Santos, V. R. & Sanchez, D. (2011). Unidade de terapia intensiva pediátrica : O cuidar do paciente oncológico. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 1–6. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/RE\\_0003\\_0979\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0003_0979_01.pdf)
- Ferreira A.B.H. (2009). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (4ª ed.). Curitiba: Positivo.
- Ferreira, J., H., P., Amaral, J., J., F. & Lopes, M., M., C., O. (2016). Nursing team and promotion of humanized care in a neonatal unit. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(6), 741. doi.org/10.15253/21756783.2016000600003
- Filho, J. M. (2015). *Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde*. Rio de Janeiro: FGV
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. Disponível em: <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. Doi: [10.1590/S0104-11692003000300016](https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016)
- Gilles, I., Burnand, B., Peytremann-Bridevaux, I. (2014). Factors associated with healthcare professionals' intent to stay in hospital: A comparison across five occupational categories. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(2), 158-166. Disponível em <https://academic.oup.com/intqhc/article/26/2/158/1803261>



- Gondin, C. T., Souza, M. F. B., Albuquerque, N., M., C., V. (2004). Cuidado humanizado: Uma prática possível. *Rev Nurse*, 71(7), 208-211. Disponível em [http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd\\_anais/pdf/id33r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id33r0.pdf).
- Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A. & Lawrence, S. A. (2014). Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: Lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(4), 372-377. Doi: 10.1093/intqhc/mzu039
- Hennington, E. A. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*, 42(3), 555-61. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir com o autor do seu próprio pensamento*. Loures: lusociência
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente*. (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2012). *Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role*. *American Academy of Pediatrics*, 129(2), 394 – 404. Doi: [10.1542/peds.2011-3084](https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084)
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da criança Hospitalizada*. (4ªed). Lisboa. Disponível em [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf)
- Instituto Português de Oncologia. (2018). *Pediatria*. Recuperado a 30 de maio de 2018 em <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/servicosclinicos/pediatria/>
- Jacquard, A. (1988). *A Herança da Liberdade da animalidade á humanidade*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, lda.
- Johns, C. (2004). *Becoming e Reflective Practitioner*. Oxford: Blackwell Publishers.

- Johnson, J. Y. & Temple, J. S. (2010). Critical Thinking, Ethical Decision Making, and the Nursing Process. In S. C. Smeltzer, B. G. Bare, J. L. Hinkle & K. H. Cheever. (12<sup>a</sup> eds.), Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (22-40). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Joint Commission International. (2017). Accreditation Standards for Hospitals. Joint Commission International. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditationstandards-for-hospitals-6th-edition/>
- Jorge, A., Fonseca, A., Santos, L. & Levy, M. (2004). Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. In: Boletim do IAC, N.º73, (Separata N.º12), 1-4. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/boletim/Separata732.pdf>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3.a). São Paulo: Editora Artemed.
- MacFarlane, J. (1998). Assessing the “reflective practitioner”: Pedagogic principles and certification needs. *International Journal of the Legal Profession*, 5(1), 63–82. Doi: 10.1080/09695958.1998.9960442
- Matsuda, L. M., Victor, A. C. S., Évora, Y. D. M., Neto, G.A.R.M. (2002). The verbal communication of the nursing staff from an adult intensive care unit during the visiting process: The visitors' perspective. *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, 8, 1-7. Disponível em [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000100043&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100043&lng=en&nrm=iso)
- Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: The parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (23), 3168-3176. doi: 10.1111/j.13652702.2008.02525.x.
- Medeiros, L. M. O. P. & Batista, S. H. S. S. (2016). Humanização na formação e no trabalho em saúde: Uma análise da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 925 – 951. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00022
- Meeks, R. (2009). Parental presence in pediatric trauma resuscitation: one hospital's experience. *Pediatric Nursing*. 35 (6), 376-380. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20166467>

- Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projectos: Melhores Técnicas e Práticas* (2ª ed.). FCA: Lousã.
- Ministério da Saúde (2002). Decreto-Lei n.º 37/2002 de 26 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 48, 1620 – 1621. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/261319>
- Ministério da Saúde (2008). Decreto - Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 38, 1182 – 1189. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
- Ministério da Saúde (2015). Decreto-Lei n.º 239/2015 de 14 de outubro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 201, 8957 – 8958. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/70686133>
- Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 151, 4749 – 4772. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/498487>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro\\_edicao2005.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf)
- Nunes, L. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf)
- Oliveira, M.E., Brüggemann, O., M. & Zampieri, M., F., M. (2001). *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura.
- Oliveira, B. R. G., Collet, N. & Viera, C. S.(2006). A humanização na assistência à saúde. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 277-284. Doi: 10.1590/S0104-11692006000200019
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa: Divulgar. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar>

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem Dos Enfermeiros, 1–5. Disponível em: [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série. n.º 133, 19192 – 19194. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 26, 4744 – 4750. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. Dinamarca: WHO Regional Office for Europe. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/307195/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Portugal.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/307195/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Portugal.pdf?ua=1)
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 121–132. Doi: 10.12707/RIV16030
- Pocinho, M. (2014). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.
- Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2009). Portaria n.º 272/2009 de 18 de março. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 54, 1710 – 1711. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/605340>
- Porto Editora. (2014). Dicionário da língua portuguesa. Porto Editora. Disponível em:
- Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48. Disponível em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

- Rechel, B., McKee, M. (2014). *Facets of public health in Europe*. Inglaterra: Open University Press – McGraw-Hill Education.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1–37. Disponível em: [https://www.moodle.uevora.pt/1617/pluginfile.php/42985/mod\\_resource/content/1/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://www.moodle.uevora.pt/1617/pluginfile.php/42985/mod_resource/content/1/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santos, M. O. G., Sobreiro, L. P. C., & Calça, P. I. M. B. (2007). Texto de Apoio: a Análise SWOT e, a Seleção de Prioridades. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto Silva.” Évora. Disponível em: [http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio\\_SWOT\\_Prioridades\\_final.pdf](http://www.cisa-as.uevora.pt/download/textos/TextoApoio_SWOT_Prioridades_final.pdf)
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-3. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>
- Simões, M. M. M., Rodrigues, M. A. & Salgueiro, N., (2013). Cuidar em Humanidade: Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde Disponível, Coimbra, Portugal. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13913>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Consultado a 25 de setembro de 2018, Disponível em [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-RN\\_de\\_mae\\_toxicodependente.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-RN_de_mae_toxicodependente.pdf)
- Task Force HPH – CA (2010). Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals and Health Services. Florence: Fabrizio Simonelli and Ana Isabel Fernandes Guerreiro. Recuperado a 9 de janeiro de 2019 em [https://www.schn.health.nsw.gov.au/files/attachments/task-force\\_hph-ca\\_childrens\\_rights\\_in\\_hospital\\_self\\_evaluation\\_model\\_final\\_report.pdf](https://www.schn.health.nsw.gov.au/files/attachments/task-force_hph-ca_childrens_rights_in_hospital_self_evaluation_model_final_report.pdf)
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- United Nations Children’s Fund. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

- Vasco, F., Levy, M. & Cepeda, T. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança
- Vila, V. S. C. & Rossi, L. A. (2002). O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “Muito falado e pouco vivido” Ver. *Latino-am Enfermagem*, 10(2), 137-44. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506>
- Waldow, V., R. & Borges, R., F. (2011). Caring and humanization: relationships and meanings. *Acta Paul Enferm*, 24(3), 414-418. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n3/en\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n3/en_17.pdf)
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wong, D. L., Araújo, C. L. C., Ahmann, E. & Cabral, I. E. (1999). Whaley & Wong: Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva. (5ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- World Health Organization. (2018). Health. Recuperado a 14 de Fevereiro de 2018 em <http://www.who.int/suggestions>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** – Plano da Sessão de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico”



FASES	CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS	DINAMIZAÇÃO		PRELETORES	TEMPO (MIN.)
		MÉTODOS	TÉCNICAS		
INTRODUÇÃO	Apresentação dos Preletores Apresentação do tema	Expositivo	Projektor	Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva Enf. <sup>a</sup> Orientadora Enf. ECCI	5 min.
DESENVOLVIMENTO	Suporte Básico de Vida Pediátrico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadeia de sobrevivência;</li> <li>• Algoritmo do SBVP;</li> <li>• Obstrução da via aérea.</li> </ul>	Expositivo	Projektor	Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva Enf. <sup>a</sup> Orientadora Enf. ECCI	20 min.
CONCLUSÃO	Síntese de conteúdos	Expositivo	Projektor	Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva Enf. <sup>a</sup> Orientadora Enf. ECCI	5 min.
	Discussão			Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva Enf. <sup>a</sup> Orientadora Enf. ECCI Alunos	10 min.

Bancas práticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino do algoritmo do SBVP;</li> <li>• Treino para colocar o doente em posição lateral de segurança;</li> <li>• Treino de como efetuar uma chamada para o 112.</li> </ul>	Expositivo	Manequim Tapete	
TEMPO DE DURAÇÃO: 60 min.				

## **Sessão de formação**

### **Nome da ação**

Suporte Básico de Vida Pediátrico

### **Destinatários**

Alunos dos 6º ano de escolaridade

### **Local**

Auditório da escola

### **Duração**

A apresentação terá a duração de 60 minutos.

### **Data e horário**

Dia 08/11/2018 às 10 horas.

### **Objetivos**

- Aumentar o conhecimento dos alunos, relativamente ao algoritmo do suporte básico de vida pediátrico, através da exposição de conteúdo e exercícios práticos.

**APÊNDICE 2** – Sessão de Formação “Suporte Básico de Vida Pediátrico”

# SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) PEDIÁTRICO



Equipa de Saúde Escolar  
Ano letivo 2018/2019



fppt.com

## OBJETIVOS

- Conhecer a Cadeia de Sobrevivência;
- Reconhecer os sinais de Paragem Cardiorrespiratória (PCR) na criança;
- Apresentar a sequência e as manobras para reanimação cardiorrespiratória e desobstrução da via aérea superior em crianças;
- Treinar o SBV Pediátrico

fppt.com

## INTRODUÇÃO

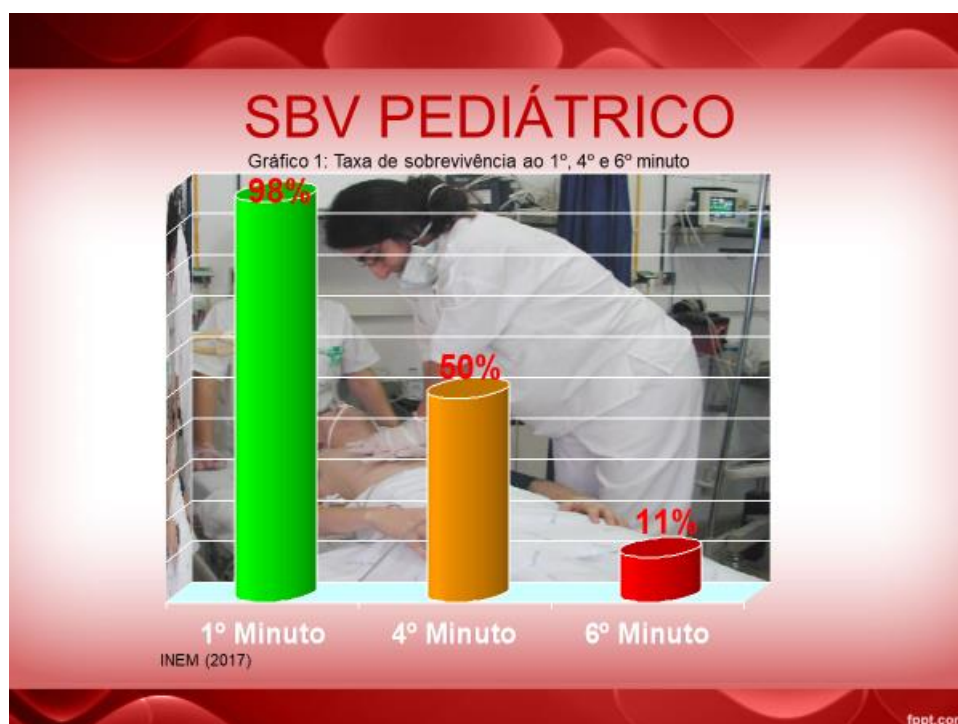
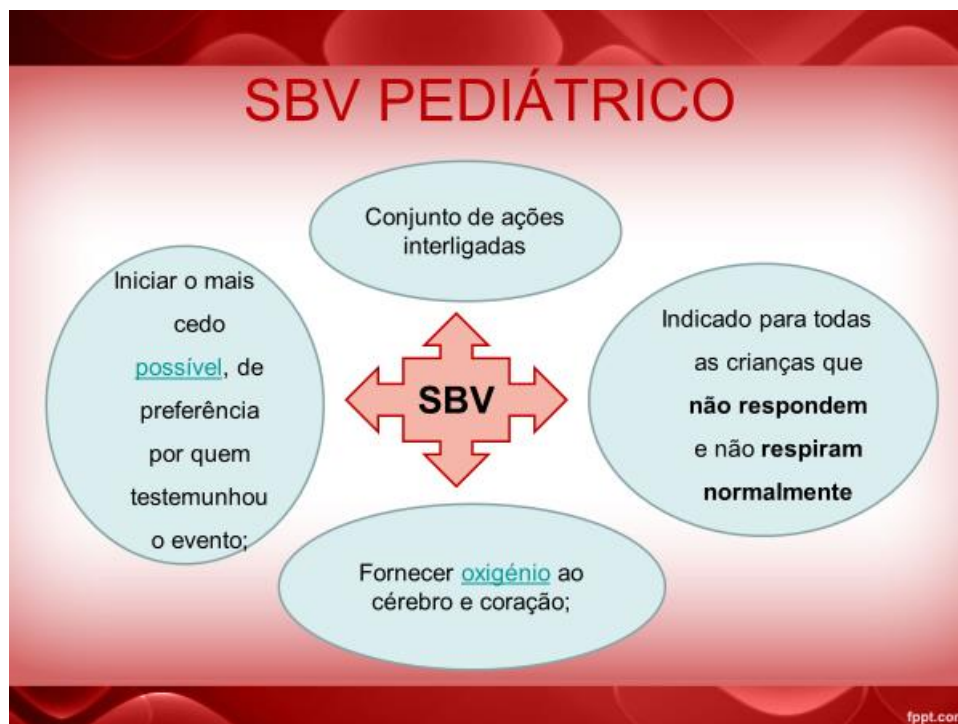
- A principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipoxia;
- Consequência da degradação progressiva da função respiratória;
- A prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação;
- A criança está particularmente sujeita a situações de obstrução da via aérea.

fppt.com

## INTRODUÇÃO

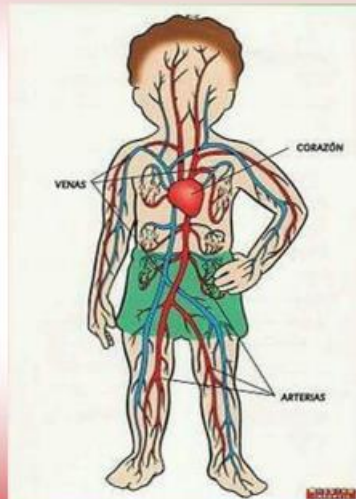
- São os cuidados imediatos, prestados a uma pessoa cujo estado físico coloca em perigo a sua vida ou saúde;
- Têm o objetivo de manter as funções vitais e evitar o agravamento da sua condição, até que chegue a assistência médica especializada

fppt.com





## SBV PEDIÁTRICO



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/349451252319130035/>

fppt.com

## SBV PEDIÁTRICO

SBV inclui as seguintes etapas

Avaliação  
inicial

Manutenção da  
via aérea  
permeável

Compressões  
torácicas e  
ventilação com  
ar expirado

fppt.com



## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Fonte: INEM (2017)

fppt.com

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

### Prevenção

Reconhecer precocemente a gravidade da situação e pedir ajuda: **para prevenir a PCR**

fppt.com

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

### **Reanimar**

Iniciar o Suporte Básico de Vida (SBV) para otimizar a oxigenação.

fppt.com

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

### **Ligar 112**

Ligar 112 e pedir ajuda diferenciada

fppt.com

## CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

### Estabilizar

Suporte Avançado de Vida/Desfibrilhação/ Cuidados pós-reanimação, para restaurar a qualidade de vida

fppt.com

## Algoritmo SBV Pediátrico

### Condições de Segurança

Avaliar estado de Consciência

Gritar por Ajuda

Permeabilizar Vias Aéreas

Avaliar Respiração

15 Compressões Torácicas: 2 Insuflações

Ligar 112

Observar o meio envolvente, para evitar eventuais riscos para o socorrista e para a vítima.

### ! ATENÇÃO !

*O reanimador não se deve expor a si nem a terceiros a riscos maiores que aqueles que envolvem a vítima.*

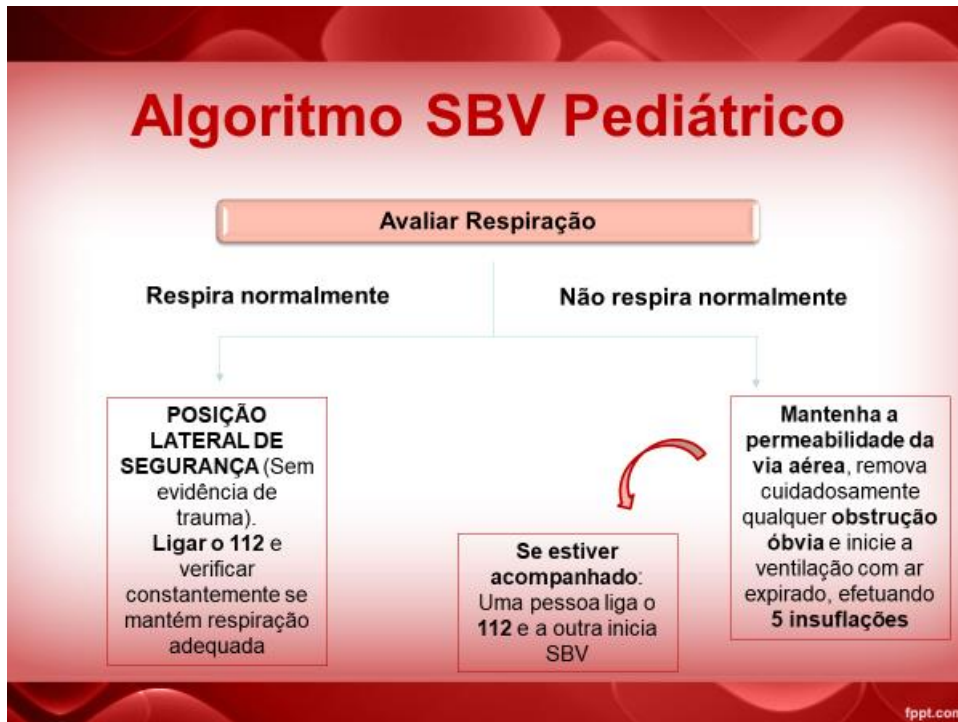
fppt.com







## Algoritmo SBV Pediátrico



## Algoritmo SBV Pediátrico



## Algoritmo SBV Pediátrico

### Compressões torácicas

As **compressões torácicas**, nas crianças, devem ser efetuadas sobre a metade inferior do esterno, um dedo acima do apêndice xifóide.

Devem ser realizadas de forma a causar uma depressão de aproximadamente  $\frac{1}{3}$  da altura do tórax

Entre as compressões é fundamental permitir uma completa re-expansão torácica, aliviando totalmente a pressão exercida sobre o tórax. Contudo, não se retira as mãos do local das compressões

fppt.com

## Algoritmo SBV Pediátrico

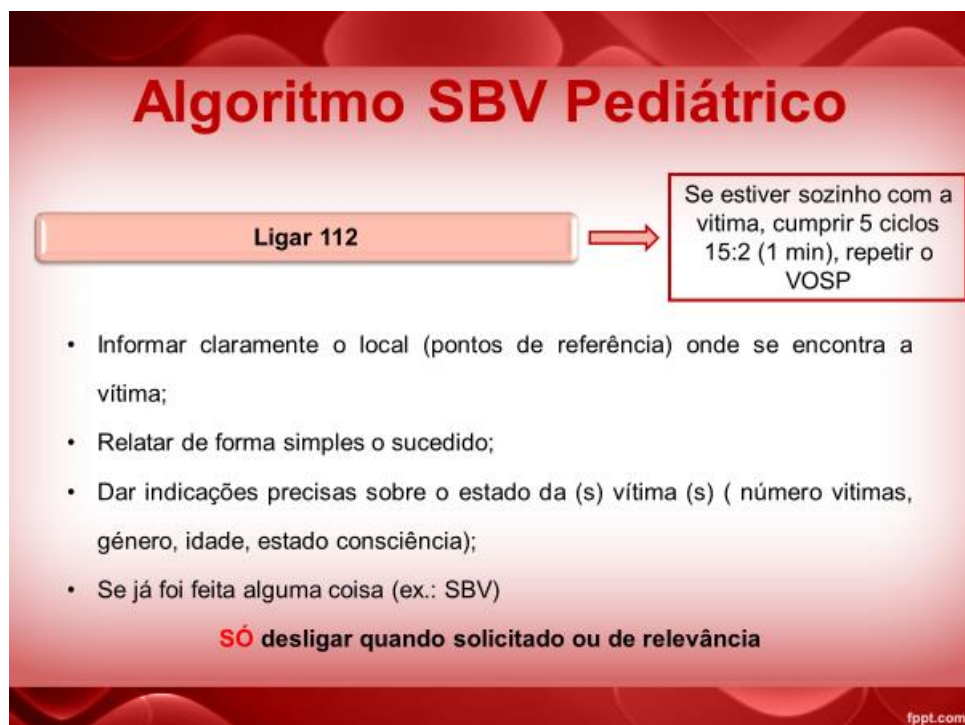
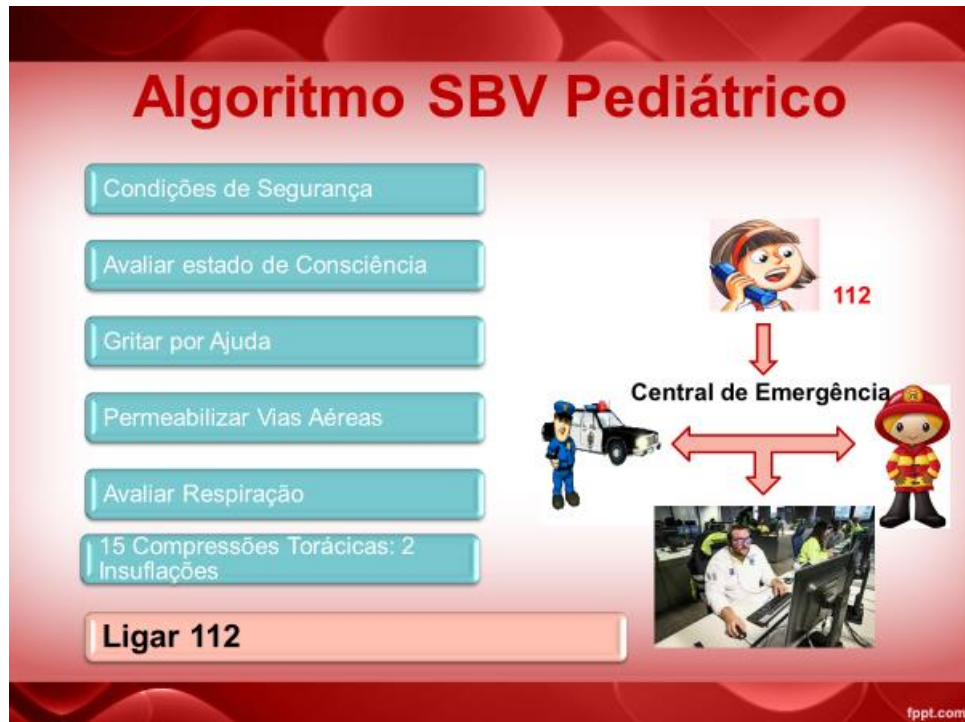
### 15 Compressões Torácicas: 2 insuflações

Após as 5 insuflações iniciais, fazer VOSP durante 10seg

Se a criança apresenta alguns sinais de vida, mas não respira ou a respiração é inadequada, continue as insuflações com ar expirado.

Se não tem sinais de vida, deve iniciar de imediato compressões torácicas, mantendo uma alternância de 15 compressões para 2 insuflações (5 ciclos).

fppt.com





## Algoritmo SBV Pediátrico



fppt.com

## BIBLIOGRAFIA

- INEM. (2017). MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Nolan, J. [et al.] (2010) - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.

fppt.com

**APÊNDICE 3** - Plano da Sessão “Humanização dos Cuidados à Criança/Jovem e Família”

FASES	CONTEUDOS PROGRAMÁTICOS	DINAMIZAÇÃO		PRELETORES	TEMPO (MIN.)
		MÉTODOS	TÉCNICAS		
INTRODUÇÃO	Apresentação do Preletor Apresentação do tema	Expositivo	Projektor	Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva	5 min.
DESENVOLVIMENTO	Humanização: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceitos Basilares;</li> <li>• Humanidade;</li> <li>• Humanização dos cuidados de saúde;</li> <li>• Humanização dos cuidados à criança/jovem e família;</li> <li>• Importância do afeto, na humanização dos cuidados à criança/jovem e família.</li> </ul>	Expositivo	Projektor	Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva	10 min.
CONCLUSÃO	Síntese de conteúdos	Expositivo	Projektor	Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva	5 min.
	Discussão			Enf. <sup>a</sup> Chefe Enf. <sup>a</sup> Orientadora Enf. <sup>a</sup> G. Susana Silva	10 min.

			Equipa de Enfermagem	
TEMPO DE DURAÇÃO: 30 min.				

## **Sessão de formação**

### **Nome da ação**

Humanização dos Cuidados à Criança/Jovem e Família

### **Destinatários**

Equipa da UCC

Preletor: Enf.<sup>a</sup> G. Susana Silva

### **Local**

Sala de reuniões da UCC

### **Duração**

A apresentação terá a duração de 30 minutos.

### **Data e horário**

Dia 05/11/2018 às 12 horas.

### **Objetivos**

Capacitar a equipa da UCC, para a relevância da humanização dos cuidados, prestados à criança/jovem e família.

**APÊNDICE 4** - Sessão de formação “Humanização dos Cuidados à Criança/Jovem e Família”



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 2017-2018

Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria

# HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA

ESTÁGIO FINAL – MÓDULO B

UCC

5 de novembro 2018

**Docente**  
Prof.ª Coord. Gabriela Calado

**Supervisora de Estágio**  
Enf.ª Especialista ESIP

**Discente**  
G.Susana Silva n.º aluno 170531107

## OBJETIVOS

- **Objetivos gerais**
  - Capacitar a Equipa de Enfermagem da UCC D'Alagoa para a relevância da Humanização de Cuidados prestado pelo Enfermeiro à Criança e família.
- **Objetivos específicos**
  - Descrever conceitos basilares
  - Identificar indicadores que se traduzem na melhoria dos cuidados prestados à criança e família e que vão de encontro à humanização dos mesmos;
  - Apresentar a importância do afeto no desenvolvimento da criança.

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2018

## INTRODUÇÃO

- No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde de Setúbal, ano letivo 2017/2018, no contexto do Estágio Final – Módulo B, emerge a problemática da Humanização dos Cuidados de Enfermagem à Criança e Família, pois estes assumem a apoteose quando se presta cuidados à criança doente;
- Cuidados humanizados em pediatria reporta-nos para um cuidar holístico, no respeito pela individualidade humana no binómio criança-família atuando no sentido de colmatar as necessidades singulares;
- Prestar cuidados humanizados engloba a comunicação efetiva entre enfermeiro – criança - família; estar presente e saber ouvir; trabalhar em equipa, cuidado holístico; e a parceria de cuidados;

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2018

## INTRODUÇÃO

- Este processo tem como alicerce as relações e intervenções que se estabelece com esta unidade familiar, que vai muito além do atendimento clínico e mecanizado (Escudeiro, 2015);
- No Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 89º salienta,  
"responsabilidade do enfermeiro pela humanização dos cuidados, particularizando o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e de contribuir para a formação de um ambiente favorecedor do desenvolvimento das potencialidades da pessoa" (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.74).

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria 2017/2018



## CONCEITOS BASILARES

### HUMANIZAÇÃO

Traduz-se no ato ou efeito de tornar humano e dar condição humana. Também definido como ser benévolo, afável e bondoso, humanitário e sociável (Ferreira, 2009)



**Humanidade** reporta-nos ao funcionamento de toda a espécie humana, e visa conseguir que todos os homens tenham acesso ao que necessitam e lhes sejam dadas condições para poderem desenvolver e exercitar as suas capacidades (Oliveira *et. al.*, 2006)

**Humanismo** traduz-se na valorização do ser humano e condição humana acima de tudo, e está relacionado com generosidade, compaixão e preocupação em valorizar os atributos e realizações humanas

Dinis (2003), o **Homem** no seu interior desenvolve a capacidade de pensar, agir e decidir sem ser condicionado por uma resposta reflexa ao estímulo exposto.

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## CONCEITOS BASILARES

- No cerne, reside a linguagem, a comunicação, os afetos e o respeito pelos princípios éticos, transversal à espécie humana, sendo através desta que alcançamos a Humanização. Torna-se notório, que esta depende em larga medida, da capacidade de ouvir e falar (Oliveira *et. al.*, 2006)

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANITUDE

- Jacquard (1988) desenvolveu o conceito de Humanidade assente na perspectiva evolucionista do desenvolvimento humano e sublinha que, todo o homem a partir de determinado momento inicia a criação de redes coletivas as quais completam as suas redes interiores;
- A necessidade de interação pessoal, das emoções e essencialmente as respostas face às exigências mútuas, são estimuladas pelo corpo, através do qual são oferecidos e recebidos atos simples como a palavra, o olhar, o toque, o sorriso (Simões, 2013).



Estes simples atos, levam o homem a transcender e a adotar uma dignidade experiencial humana fundamental. **Humanitude** permite ao ser humano ir de encontro ao essencial, o seu próprio desenvolvimento, apelando à interação, transcendência e espiritualidade, potenciando o desenvolvimento do próprio homem (Simões, 2013).

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANITUDE

A evolução do conceito, permitiu ultrapassar o paradigma do individualismo para o paradigma relacional, onde as interações interpessoais, os afetos e as emoções assumem um papel de relevo no cuidar de si e do outro. Permitindo-nos centrar na procura da autonomia da pessoa, enquanto promovemos a beneficência e não maleficência (Simões, 2013).

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A partir da primeira metade do século XX a Humanização dos cuidados começou a ser alvo de grande interesse no âmbito da saúde, especialmente na área da enfermagem por assumir destaque no cuidar a pessoa em situações de vulnerabilidade.

Vila (2002), humanizar os cuidados de saúde requer o envolvimento de ambas as partes, criança/família e dos profissionais de saúde envolvidos no processo de saúde-doença.

Ultrapassamos o modelo tradicional, onde os cuidados de enfermagem focavam-se na técnica, a passamos a visualizar o utente de uma forma holística assistindo-o também na sua subjetividade, englobando aspetos éticos e emocionais (Waldon, 2011)

Conjunto de medidas que têm como objetivo final conciliar a **tecnologia** e as **técnicas mecanicistas**, **promover um espaço físico agradável**; e a busca pela **satisfação dos profissionais de saúde**, dos **utentes e respetivas famílias**.  
(Deslandes, 2004)

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Em termos legislativos, o Decreto-Lei n.º 37/2002 de 26 de fevereiro, surge o programa Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde, que objetiva:

“... contribuir para a maior humanização dos cuidados prestados aos cidadãos pelos serviços públicos de saúde e promover o relançamento da qualidade de atendimento no SNS. Trata-se de um programa pluridisciplinar que pretende intervir nos serviços prestadores de cuidados de saúde em ordem a criar condições de acolhimento, estada, encaminhamento e atendimento que melhor respondam aos direitos e às legítimas expectativas dos cidadãos.”

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

- A humanização dos serviços de atendimento à criança tem sido, uma área prioritária desde o início da fundação do Instituto de Apoio à Criança (IAC, 2014)
- “As razões dessa prioridade prendem-se com estudos que puseram em evidência, a partir da década de 40, a importância da carência afetiva na criança, nos primeiros anos de vida, quando separada da sua mãe.” (Jorge, Fonseca, Santos & Levy, 2004, p. 1);
- Em 1996, Torrado da Silva, sócio fundador do IAC, definiu humanização como um estado de espírito que engloba conhecimentos e faculdades que modelam as atitudes, o que reflete uma prática diária atenta à satisfação das necessidades das crianças e das famílias.

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

- Em **1979, Ano Internacional da Criança**, foi discutido a problemática da humanização dos cuidados nos serviços de Pediatria em Portugal, na **reunião sobre os Direitos da Criança**.
- Esta reunião foi levada a cabo pela **Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP)**, onde se confrontou os direitos da criança com a realidade atual (da **Carta dos Direitos da Criança**, formulado em 1959);

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

Emerge a necessidade de entendermos o processo de cuidar em enfermagem pediátrica

Hesbeen (2000), alude ao cuidar como uma atenção especial que se faculta a outra pessoa, num determinado momento da sua vida, com o intuito de contribuir para a sua saúde e bem-estar.

Cuidar é intrínseco às necessidades básicas de sobrevivência da vida humana: o cuidar de si, o cuidar do outro e ser cuidado. "Cuidar, é AJUDAR A VIVER" (Collière, 1999 p.227).

Cuidar a criança doente e família, requer do enfermeiro competências que almejam aos cuidados de excelência, com sentimento, emoção e brincadeira, como se de um artista se tratasse (Tavares, 2011).

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

- Trabalhar em pediatria requer uma motivação pessoal e características de personalidade específicas, que permitam ao enfermeiro cuidar a criança e família, aliando o "profissional adulto" ao "amigo criança", de forma a conquistar assim, a confiança da criança e família, como enfermeiro e como pessoa.

Tavares (2011) expressa a importância de se trabalhar num serviço que vá de encontro aos ideais em que se acredita, de modo a promover naturalmente, um estímulo e empenho muito fortes por parte de quem cuida.

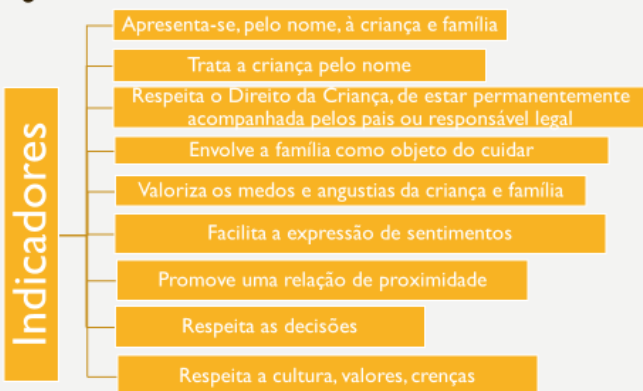
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

- O acolhimento conjunto da criança/família é uma prioridade fulcral no caminho por um cuidado humanizado, assim como as próprias relações que os profissionais estabelecem com aquele que cuida;
- É na base dessa mesma relação que o processo de melhoria da qualidade em saúde e bem-estar da criança se encontra;
- As relações de afeto garantem a segurança e os vínculos que medeiam a organização da criança, com busca ao seu melhor e mais alto nível de bem-estar.

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA



Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## IMPORTÂNCIA DO AFETO NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

- O reconhecimento de direito à continuidade das **relações afetivas** advém do aprofundar de conhecimentos científicos, adquiridos a partir de evidência científica comprovada por especialistas da infância, nomeadamente na área da Medicina, da Psicologia e das Ciências Sociais, os quais atestam ser indispensável para a saúde mental da criança e para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade (Task Force, 2010);
- Segundo o Bowlby (1988), a criança desenvolve, através das interações com as pessoas que lhe prestam cuidados, modelos internos de vinculação, materializado por um conjunto de conhecimentos e expectativas em relação ao modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e proteção;

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## IMPORTÂNCIA DO AFETO NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

- Carneiro (2005), reforça o anterior autor, salientando que o melhor ingrediente para um desenvolvimento humano adequado reside no afeto e nas relações seguras que se estabelecem.
- Com vista à humanização dos cuidados e, naturalmente, o respeito pelos direitos da criança, Tavares (2011), refere que cuidar convenientemente a criança e família em situação de doença, fazendo-as sentirem-se acolhidas e importantes na sua singularidade, é um dos cuidados atraumáticos que o enfermeiro poderá prestar, com vista ao bem-estar da criança e sua família

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A humanização dos cuidados constitui um desafio ao cuidado holístico, procurando responder às necessidades da criança e família, atendendo à sua vertente bio-psico-socio-cultural e espiritual;
- Prende-se com valorização integral do cuidado de enfermagem, onde se enquadram competências técnicas, científicas, humanas e relacionais, e que tem como base a dignidade e o respeito pela individualidade de cada pessoa.

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018

## BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Leiria.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge.
- Simões, M.M.M., Rodrigues, M.A., Salgueiro, N., (2013). CUIDAR EM HUMANIDADE Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados. (Tese de Doutoramento). Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13913>.
- DINIS, A. (2003) - Ética e identidade pessoal na perspetiva das ciências cognitivas. Brotéria, 2(156), 119-140. Disponível em [http://broteria.pt/images/books/pdf/Fevereiro\\_2003.pdf](http://broteria.pt/images/books/pdf/Fevereiro_2003.pdf)
- KLOPFENSTEIN, F. (1980). Humanitude. Genebra: Ed. Labor et Fides.
- JACQUARD, A. (1988). A Herança da Liberdade da animalidade à humanitude. Lisboa: Publicações Dom Quixote, lda.
- HESBEEN, W. (2006). Trabalho de fim de curso, trabalho de humanitude, emergir com o autor do seu próprio pensamento. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Carneiro, R. (2005). Casa Pia de Lisboa. Um Projecto de Esperança: as estratégias de acolhimento das crianças em risco – relatório final. Cascais: Principia.
- Jorge, A., Fonseca, A., Santos, L. & Levy, M. (2004, Julho/Setembro). Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. Boletim do IAC, N.º 73, (Separata N.º 12), 1-4. Recuperado em 2012, Junho 16. Disponível em <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/boletim/Separata732.pdf>
- Tavares, P. (2011). Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. Loures: Lusociência.
- Task Force HPH – CA (2010, Janeiro). Task Force on Health Promotion for Children and Adolescents in and by Hospitals and Health Services. Florence: Fabrizio Simonelli and Ana Isabel Fernandes Guerreiro. Recuperado em 2012, Junho 9. Disponível em [http://www.hphnet.org/images/stories/Task\\_Force\\_HPHCA.Final\\_Report\\_SEMT1.pdf](http://www.hphnet.org/images/stories/Task_Force_HPHCA.Final_Report_SEMT1.pdf)

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 2017/2018



## **APÊNDICE 5 – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura**

## RESUMO

As unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos caracterizam-se por ter um ambiente excessivamente técnico, onde os cuidados de enfermagem são direcionados, essencialmente, para as situações urgentes e emergentes. Estes serviços são frequentemente conotados a situações de doença grave e risco de vida, onde o sentimento de perda assombra o dia a dia das crianças, famílias e profissionais de saúde. Apesar da componente técnica assumir um pilar de relevo nestas unidades, assumimos que a par desta, prestar cuidados humanizados é extremamente relevante na melhoria e qualidade de vida da criança e família.

Este estudo de revisão integrativa tem como objetivo identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de melhoria e qualidade dos cuidados, que se traduz na humanização dos mesmos. Para tal, procedeu-se à pesquisa da mais recente evidência científica através das bases de dados científicas, dos quais foram selecionados e analisados cinco artigos à luz da temática da humanização do cuidar. Desta análise qualitativa emergiram vários indicadores, entre os quais se destacam, a empatia, a comunicação eficaz, a vinculação, parceria de cuidados e controlo eficiente da dor.

Através desta análise foi possível constatar que existem intervenções dominantes e cruciais que, ao coloca-las em prática somos conduzidos a prestar cuidados de saúde humanizados à criança e família, internada no serviço de cuidados intensivos neonatal e pediátrico. Contudo e apesar dos avanços evidenciados na prestação de cuidados humanizados, relacionados com a evolução do conhecimento científico face às necessidades de saúde e características específicas dos estádios de desenvolvimento da criança, consideramos pertinente a continuação de estudos científicos nesta área de intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização; Cuidados de enfermagem; Criança; Cuidados críticos

## ABSTRACT

Neonatal and Pediatric intensive care units are characterized by having an excessive technical environment, where nursing care is essentially directed to emergent and urgent situations. These types of units are often linked to severe illness and life threatening situations where the feeling of loss haunts the children, their families and health professionals day to day.

Despite of the technical component being the cornerstone in these units, we assume that in its pair, humanized care is extremely relevant to the improvement and quality of life of the child and the family.

This integrative review study aims to identify the strategies developed by nurses in the sense of improvement and quality of care, which translates into the humanization of care itself. To do so, the most recent scientific evidence was researched, from which five articles were selected and analyzed in the light of the humanizing of care. From this qualitative analysis emerged several indicators, among which stand out: empathy, effective communication, binding, partnership of care and efficient pain control.

Through this analysis it was possible to verify that there are dominant and crucial interventions and by putting them in practice we are driven to lend humanized health care to the children that are admitted in neonatal and pediatric intensive care unit and their respective families.

However, although all the advances made in humanized care related to the evolution of scientific knowledge in face of health needs and specific characteristics of stages of development of the child, we consider pertinent the continuation of scientific studies in this particular area of intervention.

**KEYWORDS:** Humanization; Nursing care; Child; Critical care

## **APÊNDICE 6** – Grelha de Observação “Humanização dos Cuidados”

GRELHA DE OBSERVAÇÃO			
Humanização dos cuidados à criança e família em situação de especial complexidade			
Serviço:	Data:	Turno:	
Domínios	Indicadores	Sim	Não
1. Estabelece relação de empatia com a criança/família	Realiza acolhimento à criança e família		
	Trata a criança pelo nome próprio		
	Respeita a privacidade da criança/família		
	Proporciona momentos de reflexão para que a criança e família possam expressar os seus medos		
	Reconhece as necessidades da criança e da família e procura a sua resolução/encaminhamento		
2. Reforça a parentalidade	Promove o modelo de parceria de cuidados		
	Explica aos pais a importância de permanecerem junto do filho		
	Proporciona reforço positivo		
	Permite que os pais estejam presentes em situações de emergência		
3. Monitoriza a dor da criança	Faz uso de instrumentos de avaliação da dor		
	Promove medidas de conforto à criança		
	Promove medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor da criança		
	Monitoriza sistematicamente a dor criança		
4. Prepara a criança/família para a intervenção de	Explica à criança e família o procedimento a ser realizado, assim como os seus riscos e benefícios.		
	Utiliza linguagem acessível, sem recorrer a termos técnicos		

enfermagem proposta	Proporciona espaço para colocação de questões		
Observações			

## **APÊNDICE 7 – Cronograma de Estágios**

<b>Atividades planeadas</b>	<b>Meses/ano</b>										
	5/18	6/18	9/18	10/18	11/18	12/18	1/19	2/19	3/19	4/19	5/19
Diagnóstico de situação											
Reunião com Enfermeiras Chefes de serviço; Enfermeiros orientadores; Equipa de enfermagem											
Revisão de bibliografia											
Estudo de caso											
Artigo de revisão integrativa											
Definição de objetivos											
Definição de estratégias e planeamento de atividades											
Execução/implementação e avaliação das atividades planeadas											
Elaboração do Relatório de Estágio											